

(1^{re} Série

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

N° 176)

CONTRIBUTION

A

L'ÉTUDE DE LA SYPHILIS

CHEZ LA FEMME ENCEINTE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Et soutenue publiquement

LE VENDREDI 10 AOUT 1883, A 3 HEURES DE L'APRÈS-MIDI

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Par **Léon VALLOIS**

Né à Lay-Saint-Christophe (Meurthe)

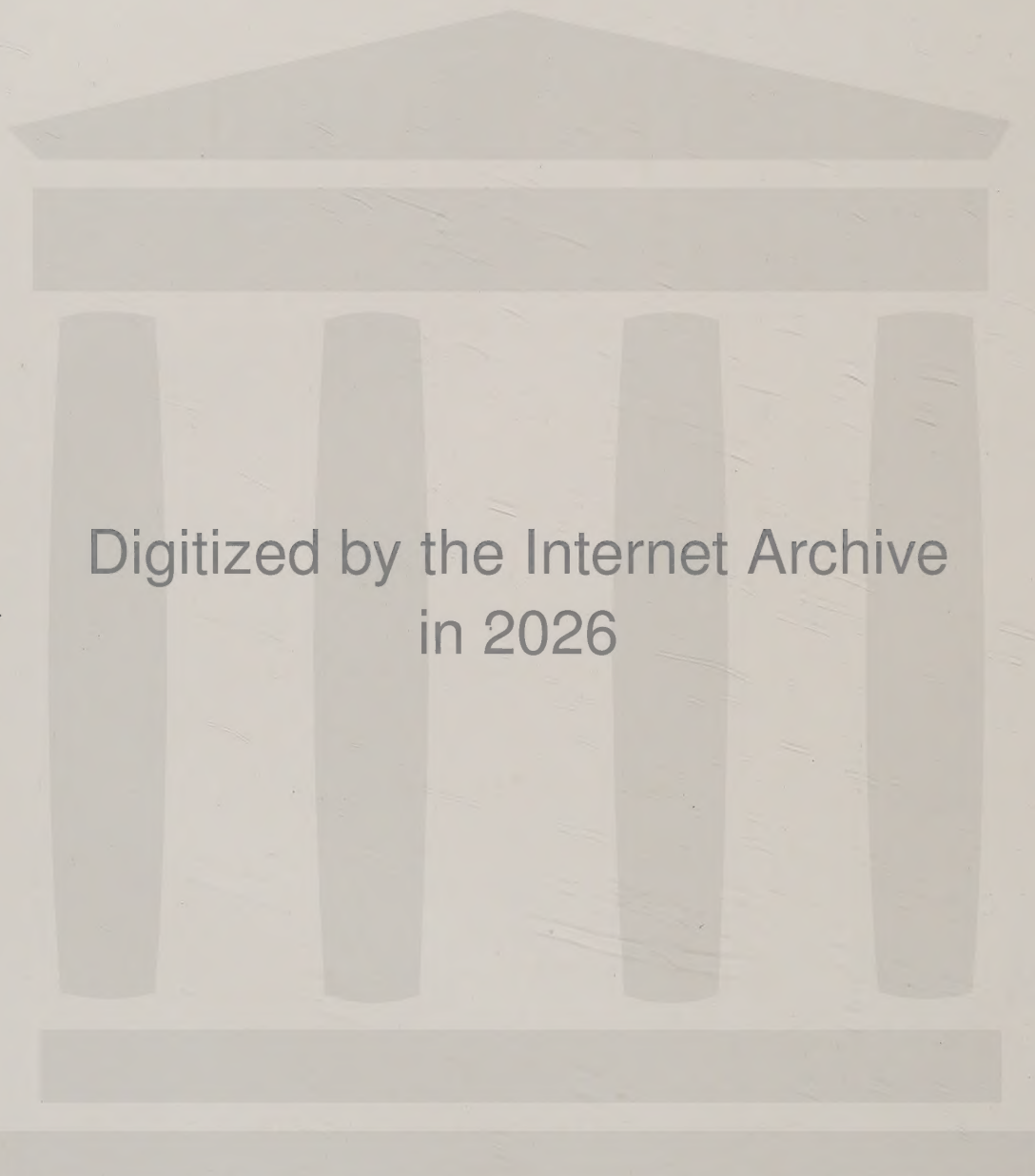
PRÉPARATEUR DU LABORATOIRE D'HYGIÈNE

NANCY

IMPRIMERIE POLYTECHNIQUE DE N. COLLIN

Rue du Crosne, 5

—
1883



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547426_0065

(1^{re} Série

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

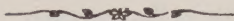
N° 176)

CONTRIBUTION

A

L'ÉTUDE DE LA SYPHILIS

CHEZ LA FEMME ENCEINTE



THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Et soutenue publiquement

LE VENDREDI 10 AOÛT 1883, A 3 HEURES DE L'APRÈS-MIDI

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Par **Léon VALLOIS**

Né à Lay-Saint-Christophe (Meurthe)

PRÉPARATEUR DU LABORATOIRE D'HYGIÈNE



NANCY

IMPRIMERIE POLYTECHNIQUE DE N. COLLIN

Rue du Crosne, 5

—
1883

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Doyen : M. TOURDES ✱.

Doyen honoraire : M. STOLTZ C ✱.

Professeurs honoraires : MM. BACH ✱, CAILLIOT ✱, STOLTZ C ✱, SIMONIN ✱.

Médecine légale.....	M. TOURDES, professeur	
Thérapeutique	M. COZE ✱, professeur.	
Histologie.....	M. MOREL ✱, professeur.	
Clinique interne.....	M. V. PARISOT ✱, profess.	
Clinique obstétricale et accouche- ments.....	M. HERRGOTT ✱, profess.	MM. ROUSSEL ✱ et E. PARI- sot, prof. adj.
Pathologie générale et Patho- logie interne.....	M. HECHT, professeur.	M. DEMANGE ✱, prof. adj.
Physiologie.....	M. BEAUNIS ✱, professeur.	
Anatomie et Physiologie patho- logiques.....	M. FELTZ ✱, professeur.	
Chimie médicale et Toxicologie..	M. RITTER, professeur.	
Clinique interne.....	M. BERNHEIM, professeur.	
Clinique externe.....	M. GROSS, professeur.	
Physique.....	M. CHARPENTIER, profess.	
Anatomie générale, descriptive et topographique.....	M. LALLEMENT, professeur.	
Hygiène.....	M. POINCARÉ ✱, professeur.	
Médecine opératoire.....	M. CHRÉTIEN, professeur.	
Pathologie externe	M. HEYDENREICH, professeur	M. BÉCHET, prof. adjoint.
Botanique et Histoire naturelle médicale.....	M. N..., professeur.	
Clinique externe.....	M. N..., professeur.	

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

M. SCHLAGDENHAUF- FEN.	MM. SPILLMANN. E. DEMANGE.	MM. A. HERRGOTT. GARNIER.	M. WEISS.
---------------------------	-------------------------------	------------------------------	-----------

M. BONNET, Secrétaire.

Examineurs de la Thèse :

M. HERRGOTT, président; MM. POINCARÉ, ROUSSEL, SPILLMANN.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les improuver.

A LA MÉMOIRE DE MON EXCELLENT PÈRE

LE DOCTEUR J.-B. VALLOIS

ET

A LA PLUS TENDRE DES MÈRES

TÉMOIGNAGE DE PIÉTÉ FILIALE ET DE RECONNAISSANCE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A mon Président de thèse,

M. LE PROFESSEUR HERRGOTT

A MON MAÎTRE

M. LE PROFESSEUR POINCARÉ

A MES ANCIENS MAÎTRES

M. le Professeur V. PARISOT et M. le Professeur agrégé SPILLMANN

A MES PROFESSEURS

AVANT-PROPOS

Il nous a été donné d'observer plusieurs cas de syphilis chez des femmes enceintes. M. le professeur agrégé Spillmann nous a engagé à les publier et à en faire l'objet de notre thèse.

Notre premier devoir est d'exprimer notre profonde gratitude à M. le professeur Herrgott, qui a bien voulu nous permettre de recueillir des observations dans son service, nous a aidé de ses conseils et a mis à notre disposition sa riche bibliothèque.

Que MM. les professeurs agrégés Spillmann et A. Herrgott veuillent bien recevoir l'expression de notre reconnaissance pour les excellents conseils qu'ils nous ont donnés.

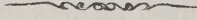
Nous adressons nos remerciements à M. le professeur Morel, qui a eu l'extrême obligeance d'examiner nos préparations microscopiques de placentas et de membranes fœtales, et à M. le professeur agrégé Baraban, à qui nous devons la description des lésions syphilitiques des os et le dessin qui les représente.

Merci aussi à M. Chatelain, qui nous a prêté son concours pour les préparations microscopiques, et à M. Vuillemin, qui a mis à notre disposition son habileté pour le dessin.

Nous divisons notre thèse en deux parties.

La première renferme nos observations.

Dans la seconde, nous passons en revue quelques points se rapportant à l'étude de la syphilis chez la femme enceinte et nous cherchons à tirer des conclusions des faits que nous avons observés.



PREMIÈRE PARTIE

Pour le classement de nos observations, ce qui nous a paru le plus rationnel est de les diviser en cinq groupes, selon que la syphilis amène l'expulsion d'un fœtus non viable ou mort-né, selon qu'elle frappe l'enfant d'une manière plus ou moins grave, ou enfin le respecte entièrement.

1^{er} GROUPE

Cas d'avortements.

OBSERVATION I.

Accidents secondaires ; traitement mercuriel antérieur à la conception ; reprise du traitement trois mois après ; avortement à 5 mois et demi.

F... Marie, âgée de 18 ans, femme soumise à la police, entre dans le service des vénériennes le 1^{er} février 1882.

En 1881, elle a déjà fait dans le service un séjour de 4 à 5 mois environ. La malade présentait alors des papules hypertrophiques sur les grandes lèvres et une roséole généralisée. Elle fut soumise à des frictions mercurielles, puis à l'iodure de potassium et aux pilules de proto-iodure, puis de nouveau, à cause de la persistance de la roséole, à des frictions et à l'iodure

de potassium. Elle sortit du service dans les premiers jours de novembre 1881, et devint enceinte le 7 du même mois. Elle venait d'avoir ses règles ; ce fut la dernière menstruation. Dans l'intervalle qui sépare ses deux séjours, elle n'a pris aucune préparation mercurielle.

1^{er} février. — Nous examinons la malade le jour de son entrée et nous constatons un œdème léger des grandes et des petites lèvres ; une rougeur très prononcée occupe l'entrée de la vulve et, sur la face interne de chaque petite lèvre, on trouve une érosion superficielle, non indurée, de l'étendue d'une pièce de 50 centimes environ.

Dans les deux aines, engorgement ganglionnaire.

On institue immédiatement un traitement mercuriel : 1 pilule de proto-iodure de mercure de 0,05 tous les jours.

Comme traitement local : poudre d'oxyde de zinc ; soins de propreté.

8 mars. — Les accidents vulvaires ne paraissent pas se modifier ; les grandes et les petites lèvres sont toujours œdématisées, mais c'est un œdème mou, et le palper ne fait reconnaître aucun point sclérosé.

Les érosions persistent, toujours superficielles et de même étendue.

On continue le traitement.

15 mars. — La mère perçoit les mouvements de l'enfant. 2 pilules de proto-iodure par jour ; vin de quinquina 100 gr.

1^{er} avril. — L'œdème a presque disparu ; les érosions ont diminué d'étendue. A l'auscultation, on perçoit les battements fœtaux.

24 avril. — La malade est amenée à la maternité. Depuis la veille, elle se plaint de douleurs dans la région lombaire et à l'hypogastre.

L'utérus remonte jusqu'au niveau de l'ombilic, et, au tou-

cher, on constate que le doigt peut être introduit dans l'orifice du col et arriver jusque sur les membranes, où il rencontre la tête du fœtus, petite, excessivement mobile.

On combat les douleurs avec des lavements laudanisés ; on prescrit le repos au lit.

25 avril. — Expulsion d'un fœtus vivant, de 5 mois et demi. Le cœur a continué à battre pendant $3/4$ d'heure environ.

Délivrance normale ; pas d'hémorrhagie.

Le bassin de la mère est un bassin uniformément rétréci ; suivant tous ses diamètres, on constate un rétrécissement de 2 centim., environ. Du reste, la malade est très petite et a une apparence chétive.

Suites de couches normales. — Disparition des accidents vulvaires.

Examen du placenta.

Le placenta pèse 159 grammes. A l'examen de sa face utérine, on constate que les cotylédons ont subi une dégénérescence grasseuse. Si l'on incise, on retrouve ce même aspect grasseux dans l'intérieur du placenta, mais moins marqué que sur sa face utérine. La face fœtale est pâle, mais ne présente plus cet aspect grasseux.

L'examen microscopique de l'organe n'a pas été fait.

Autopsie du fœtus.

Poids : 190 grammes. Longueur totale : 24 centim. Du sommet à l'ombilic : 13,5.

Diamètres : S. O. M. 6, 5 ; O. F. 5, 5 ; S. O. B. 5, 3 ; B. P. 5.

Sexe masculin. Le fœtus est rosé, vernissé. Ses paupières sont closes. Sur la surface du corps et au niveau des orifices, on ne constate aucune lésion spécifique.

Nous examinons les divers organes et nous n'y trouvons aucune espèce d'altération.

L'aspect de l'ossification est tout à fait normal; quelques éléments médullaires un peu plus gros que les autres et remplis de granulations graisseuses constituent la seule altération que l'on puisse découvrir.

OBSERVATION II.

Apparition de l'accident primitif, 2 mois et demi environ après le début de la grossesse; à la même époque, on commence un traitement mercuriel; avortement à 6 mois.

S..., Madeleine, 23 ans, entre le 21 juillet 1881, dans le service de M. le docteur Bertin, qui a bien voulu nous donner, sur cette malade, un résumé des accidents qu'elle a présentés pendant son séjour dans ses salles.

21 juillet. — On constate une vaginite très-purulente avec uréthrite granuleuse; Bartholinite double.

Traitement local : injections de permanganate de potassium; injections d'eau blanche.

Traitement général : vin de quinquina 50 grammes.

4 août. — On s'aperçoit de l'existence de deux chancres indurés vulvaires. Ganglions inguinaux indurés.

M. Bertin prescrit 2 pilules de Ricord par jour.

4 septembre. — Roséole.

A cause de la grossesse, on supprime les injections. La malade continue son traitement mercuriel jusqu'à son entrée à la maternité.

25 novembre. — Prise de douleurs au niveau de l'hypogastre, la malade est amenée dans le service de M. le professeur Herrgott, où nous pouvons l'observer.

La fille S... est une femme d'une bonne constitution, menstruée régulièrement, qui, jusqu'à son entrée à la Maison de Secours, n'aurait jamais été malade.

Elle eut ses règles pour la dernière fois le 20 mai dernier. Examinée au point de vue de la spécificité, la malade ne nous présente qu'une adénopathie inguinale, multiple, indolore. Les accidents vulvaires et la roséole ont disparu.

Pas d'alopécie, ni de maux de gorge.

26 novembre. — Expulsion d'un fœtus vivant, du sexe masculin, âgé de 6 mois. Il a vécu 28 heures.

Délivrance normale. Suites de couches bonnes.

Examen du Placenta. Cet organe ne présente rien d'anormal.

Autopsie du fœtus.

Poids : 765 gram. ; longueur totale : 33 cent.

Diamètres : O. M. 7, 5 ; O. F. 6, 5 ; B. P. 6, 5.

Sur le cou, la poitrine, l'abdomen, le dos, les membres supérieurs et inférieurs, on trouve des macules rougeâtres, de l'étendue d'une pièce de 2 francs environ.

Sur les muqueuses, là où les muqueuses se continuent avec la peau, à la région ano-génitale, aucune lésion spécifique.

L'autopsie ne nous donne que des résultats négatifs.

OBSERVATION III

Apparition du chancre 2 ou 3 mois après le début de la grossesse. — Pas de traitement mercuriel. — Avortement à 6 mois. — Dystocie fœtale : ascite ; tumeur liquide vésicale (1).

D..., Victorine, âgée de 24 ans, journalière, entre à la Maternité le 2 décembre 1882.

Le 3 janvier de cette année, elle est venue une première fois à la Maternité, pour y accoucher prématurément, à 7 mois, d'un enfant mort (en présentation du siège).

(1) Cette observation a été communiquée à la Société de Médecine, par M. le professeur Herrgott.

La fille D... dit n'avoir jamais eu de rapports qu'avec le même individu. Dernières règles le 28 mai 1882. Elle pense être devenue enceinte vers la même époque. Depuis, elle a continué à avoir des rapports. Il y a 3 ou 4 mois, elle remarqua, sur la grande lèvre droite, un bouton qui ne provoquait ni douleur, ni démangeaison, et ne suppurait pas. Au point de vue des accidents secondaires, elle répond négativement à toutes les questions.

Jamais elle n'a suivi de traitement mercuriel.

Le 30 novembre, elle fit une chute sur un escalier et tomba de la hauteur de quinze marches. Cet accident ne fut suivi ni d'hémorrhagie, ni de douleurs, et n'obligea pas la fille D... d'interrompre son travail. Mais, le 2 décembre, elle ressentit des douleurs au niveau de l'hypogastre et de la région lombaire. Elle percevait encore, mais à peine, les mouvements de l'enfant.

2 décembre. Entrée à la Maternité (1). On constate, sur la grande lèvre droite, la trace de l'accident primitif : c'est un point sclérosé, en surélévation, à large base, à surface cicatrisée. Adénopathie biinguinale.

A son entrée (5 h. du matin), on constate que la tête est engagée dans l'excavation ; on ne sent plus le col, la bosse sanguine est déjà d'un certain volume. Le ventre est aussi développé que lorsque la grossesse est arrivée à terme.

A l'auscultation, on perçoit les battements fœtaux.

A 9 h. 1/2, le travail n'avancant pas, et afin d'amener un enfant vivant, application de forceps, laquelle fut facile et amena la tête à la vulve. Le forceps enlevé, comme l'enfant est bleu, on fait des tractions avec les mains sur la tête.

(1) Pour le reste de l'observation et l'examen du fœtus, nous avons dû consulter le registre de la Maternité.

Quelques faibles tractions suffisent pour détacher la tête du tronc. On tire sur les deux bras ; mais le fœtus n'avance pas. On introduit la main et on reconnaît un volume énorme de l'abdomen du fœtus. Après de vaines tentatives pour arriver sur cet abdomen avec les ciseaux de Blot et ceux de Dubois, on introduit à travers le thorax une sonde de Mayor qui, poussée énergiquement, donne issue à environ 800 grammes d'une sérosité jaunâtre. L'extraction du fœtus fut, dès lors, facile. Délivrance normale.

Examen du fœtus.

Longueur : 32 cent. Diamètre de la tête : B. P. 6, 5 ; O. F. 8 ; O. M. 9. L'abdomen a encore un volume considérable. Il mesure 15 cent. d'avant en arrière, 12 cent. 1/2 transversalement. Son extrémité inférieure se trouve à peu près sur le même plan horizontal que les pieds. La peau ne recouvre pas toute la paroi abdominale antérieure. Elle s'arrête brusquement à 6 cent. environ de l'insertion du cordon. A ce niveau, la paroi abdominale est représentée par une membrane transparente à peu près de même couleur que le cordon, et mesurant 10 cent. transversalement et 13 verticalement. Le cordon s'insère au centre de cette membrane. L'anus n'existe pas. Les organes génitaux sont représentés par un petit appendice de 5 millim. de longueur, ne présentant aucun orifice. A l'ouverture de l'abdomen, il s'écoule un peu de liquide clair, jaunâtre. — On voit, à la partie inférieure, une tumeur plus longue que large, occupant presque toute la cavité abdominale, et dont voici les dimensions : Diam. vertical, 15 cent. ; transversal, 12 ; antéro-post., 13. La surface extérieure présente quelques bosselures. Elle est adhérente, par sa face postérieure, à la paroi abdominale postérieure. L'intestin se termine sur la partie antérieure de cette tumeur, à peu près sur la ligne mé-

diane, et présente à ce niveau un diamètre d'un centim. environ, tandis que plus haut, son diamètre n'est que de 3 millim. (Cette dilatation terminale contient du méconium). Les uretères se terminent sur la partie antéro-latérale de cette tumeur; ils ont près de 4 millim. de diamètre. Les reins mesurent 5 cent. de long, 2 cent. 1/2 de large et 1 d'épaisseur. Le rein gauche présente, à sa surface, un petit kyste transparent, du volume d'un pois (1).

OBSERVATION IV.

Premiers accidents trois mois et demi après le début de la grossesse (?) — Traitement irrégulier. — Traitement mercuriel, d'une façon suivie, cinq mois et demi après la conception. — Avortement à six mois et demi.

R..., Augustine, femme X..., âgée de 22 ans, journalière, entre à la Maison de secours le 11 juillet 1882.

Il y a 4 ans, la malade est accouchée à la Maternité d'un enfant de 7 mois, lequel ne vécut que huit jours.

Elle s'est mariée il y a 4 mois. Neuf mois environ avant son mariage, elle commença à avoir des rapports avec son futur mari, et, depuis cette époque, elle n'en eut plus qu'avec lui. Elle dit ignorer si son mari est malade; mais elle se rappelle que, quand pour la première fois elle se plaignit de boutons aux parties génitales, on lui a dit « qu'autrefois son mari avait eu une maladie de ce genre-là. »

Elle se croit enceinte depuis la fin de janvier. Dernières

(1) Dans la thèse d'agrégation de M. le docteur Alphonse Herrgott, nous trouvons l'observation d'un fœtus, dont la mère est syphilitique et qui présente des reins kystiques.

règles le 17 janvier; premiers mouvements de l'enfant vers le milieu de mai.

Il y a 2 mois, elle s'aperçut de la présence de plusieurs boutons sur les grandes lèvres. (On ne peut obtenir d'elle de renseignements plus précis sur le début de l'affection.)

Un médecin, qu'elle alla consulter, lui prescrivit des pilules; mais la malade les prit d'une façon irrégulière.

12 juillet. — On constate des syphilides papulo-hypertrophiques sur les grandes et les petites lèvres; syphilides érosives de la fourchette. — Adénopathie biinguinale.

Plaques muqueuses des amygdales; adénopathie cervicale. Syphilides maculeuses des membres inférieurs.

Traitement général: pilules de sublimé d'un centigramme (2 par jour).

Traitement local: poudre d'oxyde de zinc et liqueur de Labarraque.

8 août. — Persistance des accidents syphilitiques que nous avons notés plus haut.

On continue le traitement.

La malade ne sent plus les mouvements de l'enfant; à l'auscultation, on ne perçoit pas les battements du cœur.

15 août. — Douleurs dans la région lombaire. Les seins deviennent plus gros, et de l'un d'eux s'échappe une goutte de lait.

17 août. — La malade est amenée à la Maternité. Expulsion d'un fœtus, mort et macéré, du sexe masculin (présentation du siège).

Examen du placenta. Sur ses deux faces et à la coupe, le placenta présente un aspect graisseux; cet organe est presque complètement exsangue.

Autopsie du fœtus.

Poids: 1,290 grammes. Longueur totale: 40 centimètres.

Du sommet à l'ombilic : 22 centimètres.

Le fœtus est macéré; il ne répand aucune odeur de putréfaction.

La partie antérieure de l'abdomen et du thorax, ainsi que le scrotum, sont dépourvus d'épiderme.

La moindre pression, exercée sur les autres parties du corps, détache de larges lambeaux épidermiques.

Sur la peau, sur les muqueuses, aux orifices, nous ne constatons pas de lésions syphilitiques.

Les os du crâne, fortement disjoints, sont très-mobiles. Entre eux et le cuir chevelu, on trouve des caillots rougeâtres. Le cerveau se présente sous l'aspect d'une bouillie blanchâtre, légèrement rosée en certains endroits.

Les organes thoraciques ne présentent rien de particulier. Un peu de liquide rougeâtre dans la cavité pleurale.

Les organes abdominaux (foie, rate, intestins,...) ne nous offrent pas de lésions à signaler.

Les articulations sont intactes.

A l'examen d'un fémur, on constate que la zone de prolifération est irrégulière. On ne trouve pas d'autre altération osseuse.

27 septembre. — Les suites de couches ont été bonnes. Les syphilides de la zone génitale ont disparu rapidement après l'expulsion du fœtus, tandis que les macules persistent aux membres inférieurs et qu'une roséole s'est généralisée sur le reste du corps.

OBSERVATION V.

Premiers accidents deux ou trois mois avant la conception ; mari syphilitique ; commencement du traitement mercuriel six mois après le début de la grossesse ; avortement à six mois et demi ; lésions du placenta.

Femme R..., 25 ans, pluripare, entre à la Maternité le 16 février 1883.

Bonne santé habituelle ; pas de maladie antérieure ; menstruation régulière.

Est enceinte pour la quatrième fois. Les grossesses antérieures ont été normales ; accouchements à terme d'enfants qui, jusqu'à présent, se sont toujours bien portés.

Elle ignore la date de ses dernières règles. Les premiers mouvements de l'enfant ont été perçus vers le 25 décembre 1882.

Dans le mois de juin 1882, en même temps qu'elle commençait à éprouver de fortes démangeaisons au niveau des parties génitales, elle y remarquait pour la première fois une éruption analogue, suivant elle, aux accidents qu'elle nous présente aujourd'hui. Pendant tout le temps de la grossesse, les rapports conjugaux ont continué comme auparavant.

En décembre, maux de gorge, qui durèrent huit jours.

Alopécie ; mais, à son dire, cet accident lui survient à chaque grossesse.

Dans la nuit du 10 au 11 février, métrorrhagie abondante, qui s'arrêta spontanément. Dans la journée, elle perdit très peu. La nuit suivante, nouvelle hémorrhagie, abondante, et accompagnée de douleurs lombaires.

16 février. — La malade entre à la Maternité. Jusqu'ici elle n'a suivi aucun traitement spécifique.

Dans l'aîne droite, pléiade ganglionnaire ; on y perçoit un ganglion, plus volumineux que les autres, douloureux à la pression, sans changement de coloration de la peau. Dans l'aîne gauche, petits ganglions. Varices des grandes lèvres, surtout de la droite. Sur la face interne de cette dernière, on remarque une petite érosion, non indurée. La face externe des deux grandes lèvres et les plis génito-cruraux sont couverts de papules hypertrophiques.

A la nuque, syphilides papulo-squameuses, affectant la forme circinée et ne provoquant aucune démangeaison. Adénopathie cervicale.

Sur les membres supérieurs, surtout aux coudes, syphilides papulo-squameuses ; sur les avant-bras, macules rougeâtres.

21 février. — N'a perdu que très-peu depuis son entrée. Elle ne sent plus les mouvements de l'enfant. A l'auscultation, on perçoit les battements du cœur ; le summum est à droite, au-dessous de l'ombilic.

Friction sur les jambes avec 4 grammes d'onguent mercuriel.

23 février. — Hémorrhagie légère, hier et aujourd'hui.

Friction sur les cuisses (4 grammes d'onguent mercuriel).

25 février. — Pas de nouvelle hémorrhagie.

Friction sur le dos (4 grammes).

26 février. — Salivation ; stomatite. — Pastilles de chlorate de potasse.

27 février. — Friction sur les bras (4 grammes).

Hier elle a perdu un peu.

1^{er} mars. — L'hémorrhagie ne s'est pas reproduite.

Friction sur les jambes (4 grammes).

3 mars. — Stomatite ; pastilles de chlorate de potasse.

Friction sur les cuisses (4 grammes).

5 mars. — Les papules hypertrophiques des grandes lèvres

et des plis génito-cruraux tendent à s'affaïsser. Les syphilides de la nuque et des membres supérieurs commencent à disparaître.

Friction sur le dos (6 grammes). C'est la septième friction.

7 mars. — Les douleurs ont commencé hier soir. Expulsion d'une fille vivante, pesant 1,160 grammes (O. I. G. A.).

Mort de l'enfant, 24 heures après sa naissance.

Suites de couches normales. Les accidents de la région génitale disparaissent rapidement.

Examen du placenta.

Poids : 530 grammes. A l'œil nu, il offre un aspect fibreux ou graisseux : il paraît exsangue.

Un fragment de placenta est placé dans l'acide picrique le 7 mars. Nous l'en retirons le 30 mai et, après avoir préalablement dissocié les villosités, et coloré plusieurs avec le picro-carmin, nous les examinons au microscope. Voici ce que nous constatons :

1° Les villosités sont deux ou trois fois plus grosses qu'à l'état naturel ;

2° L'épithélium de surface est bien conservé avec des noyaux très nets, coloré vivement en rouge par le picro-carmin ;

3° Dans les endroits où l'épithélium est enlevé, on voit le corps de la villosité coloré en jaune par l'acide picrique.

L'aspect normal a disparu. On aperçoit de nombreuses gouttelettes graisseuses (dégénérescence). Le vaisseau central est invisible sur la plupart des points. Dans les endroits où on l'aperçoit, il paraît atrophié et fibreux.

Examen du cordon ombilical. On remarque qu'en plusieurs endroits, le tissu muqueux normal est remplacé par du tissu fibreux. Le diamètre de la veine ombilicale est très augmenté.

Autopsie de l'enfant (7 mars).

Le cadavre présente une teinte rouge, générale, mais plus prononcée sur la face. Les lèvres sont violacées. On ne constate aucune lésion spécifique, ni sur le corps, ni au niveau des orifices.

Les poumons, le thymus et le cœur n'offrent aucune espèce d'altération. Le péricarde ne renferme pas de liquide.

La cavité péritonéale contient une certaine quantité de liquide d'un rouge noirâtre. Les intestins sont réunis en masse par des fausses membranes qui offrent une certaine résistance. Le foie est volumineux, congestionné; à la coupe, il offre un aspect uniforme d'un rouge foncé; ses vaisseaux sont gorgés de sang. La rate ne présente que de la congestion et une augmentation considérable de volume.

Le reste de l'autopsie ne nous fait découvrir aucune autre lésion.

BSERVATION VI

Apparition de l'accident primitif au début de la grossesse; à trois mois on commence le traitement mercuriel; avortement à six mois et demi; hydramnios.

L., Marie, 24 ans, entre dans le service de M. le docteur Bertin le 21 juillet 1882.

La malade est enceinte. Dernières règles le 20 avril. Elle eut, dit-elle, au commencement de mai deux chancres situés sur les grandes lèvres. A la fin du même mois, elle perdait ses cheveux.

Examinée le jour de son entrée, la malade présente un oedème considérable des grandes lèvres; à la face interne de l'une d'elles, il existe une ulcération, de l'étendue d'une pièce de 20 centimes, à base indurée. Roséole généralisée. Erythème à la gorge. Traitement général : 2 pilules de proto-iodure d'hydrargyre de 0,05. Vin de quinquina.

Traitement local : pansement au calomel.

24 août. — Premiers mouvements de l'enfant. A l'auscultation, on perçoit les battements du cœur.

On continue le traitement.

13 novembre. — La malade est amenée à la Maternité. Au

palper, on sent le fond de l'utérus au niveau du creux épigastrique.

Expulsion d'un enfant mort et macéré, du sexe féminin; hydramnios. Depuis quinze jours, la mère ne percevait plus les mouvements du fœtus; aucun phénomène sympathique ne s'est produit du côté des seins.

L'œdème des grandes lèvres a diminué, sans disparaître complètement; au niveau de l'ulcération, cicatrice à base indurée. Adénopathie biinguinale.

Examen du placenta et du cordon ombilical.

Le placenta, dont le poids est de 440 gram., présente sur ses deux faces, surtout du côté de l'utérus, une coloration blanchâtre uniforme. A la coupe, rien de particulier.

Le cordon ombilical est enroulé sur lui-même, inséré au centre du placenta; il mesure 42 centim.

M. le professeur Morel, qui a bien voulu examiner au microscope divers fragments de placenta, n'y a rien trouvé d'anormal. Mais, dans le cordon ombilical, le tissu muqueux était remplacé par du tissu fibreux. Autopsie du fœtus.

Poids : 1290 gram. Longueur totale, 40 cent. Du talon à l'ombilic : 18.

Le fœtus est macéré; il ne s'en dégage aucune odeur de putréfaction. Sur la poitrine et l'abdomen, l'épiderme est enlevé. La moindre pression, au niveau des membres supérieurs et inférieurs, détache de larges lambeaux épidermiques. Les os du crâne se meuvent les uns sur les autres. Sur la peau et au niveau des orifices, on ne trouve aucune lésion spécifique.

Les plèvres renferment une certaine quantité de liquide sanguin.

Les cavités du cœur sont vides. Cet organe, les poumons et le thymus ne présentent aucune espèce d'altération. Il en est de même des organes abdominaux (foie, intestin,...) Sous le

cuir chevelu et à la face interne de la dure-mère, on trouve une sorte de gelée rougeâtre, ressemblant beaucoup à la gelée de groseilles. La matière cérébrale présente un commencement de liquéfaction.

2^{me} GROUPE.

Accouchements de fœtus morts (1).

OBSERVATION VII.

Premiers accidents spécifiques à 4 mois de grossesse (?) ; à 5 mois environ, on commence le traitement mercuriel ; accouchement entre 7 mois et 7 mois et demi d'un fœtus mort et macéré ; lésions osseuses du fœtus.

E..., Eugénie, 17 ans, mécanicienne, amenée par la police à la Maison de secours, entre dans le service de M. Spillmann le 25 mars 1882.

Bonne constitution ; menstruation régulière.

La malade est enceinte de 5 mois et demi environ.

Au dire de la fille E..., les premiers accidents remontent à un mois ; ils consistaient en un ou deux boutons aux parties génitales.

Aucun autre renseignement sur le début et la marche de l'affection. Jusqu'ici, la malade n'a pas suivi de traitement.

26 mars. — La petite lèvre gauche est indurée ; syphilides papulo-érosives des deux petites lèvres ; les grandes lèvres et le pli génito-crural gauche sont couverts de syphilides papuleuses ; adénopathie biinguinale.

(1) Les observations sont classées suivant l'époque de la grossesse où s'est produite l'expulsion du fœtus.

Roséole sur le thorax ; syphilides papuleuses du cou ; adénopathie cervicale.

Traitement général : 2 pilules de proto-iodure d'hydrargyre de 0,05. Iodure de potassium, 2 gram. Vin de quinquina, 100 gram. Traitement local : poudre d'oxyde de zinc ; lotions avec liqueur de Labarraque.

14 avril. — Persistance des accidents de la zone génitale. La roséole commence à pâlir. Erosion syphilitique de l'amygdale gauche.

On continue le traitement.

3 mai. — Les papules vulvaires tendent à s'affaïsser. Sur les petites lèvres, on ne trouve plus que quelques syphilides érosives. La petite lèvre gauche présente un œdème assez considérable et, au palper, une induration très nette.

On continue le traitement.

10 mai. — L'augmentation de volume de la petite lèvre persiste, ainsi que l'induration. Les papules de la région génitale ont disparu presque complètement ; les érosions des petites lèvres commencent à se réparer.

Sur le thorax, on ne trouve plus de roséole. On aperçoit sur le cou des syphilides maculeuses.

Même traitement.

22 mai. — Amenée à la Maternité, elle y accouche d'un enfant mort et macéré, du sexe féminin (O. I. G. A.).

Suites de couches bonnes.

Examen du placenta.

Sur ses deux faces et à la coupe, cet organe présente un aspect grasseyeux uniforme ; il est exsangue.

Autopsie du fœtus.

Longueur totale : 38 centimètres. Du sommet à l'ombilic : 22 centimètres.

Le fœtus est macéré ; au moindre contact, de larges lam-

beaux épidermiques se détachent de la surface du corps. L'examen extérieur ne fait découvrir aucune lésion spécifique.

Les os du crâne, très écartés, se meuvent facilement les uns sur les autres. Sous le cuir chevelu, on trouve une gelée rougeâtre, ressemblant à la gelée de groseilles. Le cerveau se présente sous l'aspect d'une bouillie blanchâtre.

Le cœur, les poumons, le thymus n'offrent rien de particulier. Il en est de même des organes abdominaux, sauf la rate, qui présente un volume considérable ; on n'y trouve aucune espèce de lésion.

Les articulations sont intactes.

Examen des os :

Voici ce que l'on constate sur une coupe faite au niveau de l'extrémité inférieure d'un fémur :

Les cellules du cartilage sont granulo-graisseuses. La zone de prolifération des cellules cartilagineuses présente une certaine irrégularité et possède une hauteur considérable. Les travées cartilagineuses ont une apparence normale ; mais, dans les travées osseuses, on remarque un état granulo-grisseux assez général des corpuscules osseux. Les éléments contenus dans les lacunes qui résultent de l'ouverture des cellules cartilagineuses les unes dans les autres, sont de gros corps granuleux, peu nombreux, qui paraissent être le noyau plus ou moins modifié des cellules cartilagineuses. Là où les corpuscules osseux commencent à apparaître sur le bord des travées, on retrouve ces mêmes éléments granuleux dans les lacunes, mais ils y sont accompagnés de cellules fusiformes, d'épaisseur et de longueur variables. Plus loin, vers l'os, les espaces médullaires sont remplis, tantôt par une substance assez analogue à la moëlle normale, tantôt par un feutrage de fibres conjonctives ; ce feutrage renfermé dans son épaisseur des noyaux embryonnaires groupés par îlots ou disséminés çà et là dans la trame conjonctive.

Certaines lacunes, enfin, ne contiennent qu'une fine poussière mélangée de gros éléments granulo-grisseux.

Rien de particulier sous le périoste.

OBSERVATION VIII.

Début de l'infection pendant le cours de la grossesse; aucun traitement mercuriel; accouchement entre 7 mois et 7 mois et demi d'un fœtus mort et macéré; lésions du placenta.

N..., Marie, 27 ans, entre à la Maternité le 16 novembre 1882 et y accouche le même jour d'un fœtus mort et macéré.

Dernières règles le 1^{er} avril. Dans le mois d'août, premiers mouvements de l'enfant.

Toute la vulve est couverte de papules érosives. Les grandes lèvres sont volumineuses. Dans les deux aines, on perçoit de gros ganglions, dont l'existence, au dire de la malade, remonte à 15 jours, et qui ne sont accompagnés ni de suppuration, ni de changement de coloration à la peau.

A la nuque, on trouve trois papules rougeâtres, de l'étendue d'une pièce de 50 centimes. A l'aisselle gauche, il existe une papule semblable.

Interrogée au point de vue de la syphilis, la fille M... nous raconte qu'elle vivait avec un individu, qui l'a quittée il y a trois mois; elle ignore si son amant était malade.

Après son départ, elle partagea un certain temps, nous dit-elle, le lit d'une fille qui avait des chancres, et des taches sur le corps.

Il y a six semaines, elle s'aperçut pour la première fois de deux boutons situés en dehors du pli génito-crural gauche. Il y a quinze jours, ces boutons commencèrent à suppurer. En même temps aurait apparu sur les grandes lèvres une éruption papuleuse.

Vers le 15 octobre, les mouvements de l'enfant sont devenus plus rares et plus faibles, pour disparaître complètement dans les premiers jours de novembre. A cette époque, aucun phénomène sympathique du côté des seins.

La malade n'a suivi aucun traitement avant son entrée dans le service.

Examen du placenta :

A l'œil nu, le placenta présente, sur ses deux faces et à la coupe, une apparence grasseuse.

Des fragments de placenta placés dans l'acide picrique le 17 novembre, en sont retirés le 20 février. Les villosités, préalablement dissociées, sont examinées au microscope.

Tout l'intérieur de la villosité est rempli de granulations grasseuses. On n'y trouve pas de vaisseaux. L'épithélium a disparu. Sur certains points, où une villosité a été déchirée, les granulations grasseuses semblent s'échapper de l'intérieur de la villosité.

Autopsie du fœtus.

Longueur totale : 37 centimètres.

Le fœtus, du sexe féminin, est macéré. Il ne répand aucune odeur de putréfaction. L'épiderme de l'abdomen a disparu ; on aperçoit le derme coloré en rouge. Des avant-bras et des membres inférieurs, il se détache des lambeaux épidermiques.

La face est bleuâtre, couverte d'enduit sébacé. Les os du crâne vacillent les uns sur les autres. Au crâne, on trouve sous la peau une collection séro-sanguinolente. Le cerveau se présente sous forme d'une bouillie d'un blanc rosé.

Les organes thoraciques n'offrent rien de particulier. Un peu de liquide rougeâtre dans les cavités pleurales. Le cœur renferme du sang d'une couleur rouge foncé.

A l'abdomen, oedème et coloration lie-de-vin du tissu cellulaire. Les organes contenus dans la cavité abdominale, ne sont atteints d'aucune lésion.

OBSERVATION IX.

Premiers accidents à 5 mois et demi de grossesse ; on commence le traitement à 7 mois ; accouchement à 7 mois et demi d'un fœtus mort et macéré ; lésions osseuses du fœtus.

Anna D..., femme S..., 24 ans, entre dans le service de M. Spillmann, le 12 avril 1882.

Mariée depuis 2 ans. Est accouchée, un an après son mariage, d'un enfant qui jusqu'ici s'est toujours bien porté.

Les premiers accidents dont elle s'est aperçue, apparurent à 5 mois et demi de grossesse. Elle prétend que son mari n'est pas malade.

Examinée au moment de son entrée, la femme S... présente une adénopathie biinguinale très prononcée. Les grandes lèvres, très tuméfiées, ressemblent à des tranches de melon. Leur face interne est couverte d'érosions avec enduit jaunâtre, diphthéroïde. Syphilides papuleuses et papulo-hypertrophiques de la région anale. Quelques syphilides papulo-squameuses dans les plis génito-cruraux. Col volumineux ; érosions près de l'orifice du col.

Adénopathie cervicale. Légères syphilides maculeuses du cou. Syphilides érosives de l'amygdale gauche. Roséole du tronc. Traitement général : 1 pilule de proto-iodure de mercure de 0,05. Vin de quinquina.

Traitement local : lotions avec liqueur de Labarraque.

Le 24 avril, elle est amenée à la Maternité, où elle accouche, à sept mois et demi, d'un fœtus mort et macéré (en présentation du siège). Le 19 avril, on entendait encore à l'auscultation les battements fœtaux. La roséole a un peu pâli. Mais les accidents de la région génitale sont aussi prononcés qu'au jour de son entrée à la Maison de secours.

Le placenta pèse 505 grammes.

Autopsie du fœtus.

Le fœtus, du sexe masculin, pèse 1650 gram., long. totale, 43 cent. Du sommet à l'ombilic : 23 cent.

Le fœtus est macéré. Sur la poitrine et l'abdomen, la chute de larges lambeaux d'épiderme laisse voir le derme coloré en rouge. Le scrotum, dont l'épiderme est enlevé, présente une coloration noirâtre. Çà et là, sur les membres inférieurs, on trouve le derme à nu.

La figure est ratatinée. Les os du crâne jouissent d'une grande mobilité; on peut facilement les faire mouvoir les uns sur les autres.

L'examen des divers organes ne nous a permis de constater aucune espèce de lésion.

Examen des os. (L'examen a porté sur le fémur.)

Le cartilage épiphysaire de l'extrémité inférieure du fémur présente des cellules très-granuleuses. La zone d'ossification est, à l'œil nu, assez irrégulière comme direction et comme épaisseur. Les travées directrices de l'ossification ont leur aspect habituel, mais la moëlle, qui remplit les espaces situés entre ces travées ou les lacunes du tissu spongieux de l'os, n'est pas normale. On y trouve d'abord un certain nombre de granulations pigmentaires, libres ou renfermées dans les éléments anatomiques. Ceux-ci sont en voie de dégénérescence granulo-graisseuse, et au lieu de présenter des dimensions uniformes, comme dans la moëlle normale, sont de tailles très différentes, les petits étant finement granuleux, tandis que les autres, plus gros, sont remplis de granulations graisseuses.

Rien d'anormal sous le périoste.

OBSERVATION X.

L'infection coïncide avec le début de la grossesse ; traitement mercuriel à 4 mois et demi ; auparavant, la malade aurait déjà suivi un traitement ; accouchement à 8 mois et demi d'un fœtus mort et macéré ; lésions osseuses du fœtus.

C..., Marie, 23 ans, servante, est amenée par la police à la Maison de secours, le 31 décembre 1881.

L'infection, d'après le dire de la malade, daterait du début de la grossesse (première quinzaine du mois d'août). La fille C. . . prétend n'avoir eu de rapports qu'avec le même individu et les avoir cessés depuis le 24 septembre. Elle aurait pris, avant son entrée à l'hôpital, trois boîtes de pilules.

31 décembre. — L'état général est bon.

Adénopathie biinguinale. A gauche, ganglion volumineux, comme une grosse noix. Œdème des grandes lèvres et du capuchon. A la partie supérieure de la petite lèvre gauche, érosion ovale, de l'étendue d'une pièce de 50 centimes, sclérosée légèrement (chancre induré). Toute la région anale est occupée par des plaques de syphilides papulo-érosives, recouvertes d'un enduit diphthéroïde grisâtre. Quelques papules isolées dans les plis génito-cruraux. Écoulement purulent du vagin. Col et muqueuse vaginale violacés.

Traces de roséole sur le bas-ventre. Roséole très-nette sur la partie supérieure du tronc. Syphilides des ailes du nez. Syphilides érosives des piliers antérieurs du palais et des amygdales.

Traitement général : 1 pilule de proto-iodure de 0,05.

Vin de quinquina, 50 grammes.

Traitement local : poudre d'oxyde de zinc ; lotions avec liqueur de Labarraque.

11 janvier. — 2 pilules de proto-iodure.

18 janvier. — L'œdème vulvaire est toujours considérable ; il est même augmenté du côté gauche. Le capuchon est fortement œdématié. La malade garde le lit. L'érosion de la petite lèvre gauche est cicatrisée ; il reste une cicatrice indurée.

On continue le traitement général.

Traitement local : lotions avec eau de guimauve ; poudre d'oxyde de zinc.

8 février. — L'œdème vulvaire a presque disparu.

A l'auscultation, on entend les battements du cœur foetal.

22 février. — On ne constate plus qu'une rougeur érythémateuse des grandes lèvres et des plis génito-cruraux. Les accidents du côté de l'anus ont disparu, ainsi que la roséole.

24 mars. — La vulve est revenue à son état normal.

On continue le traitement.

24 avril. — Depuis huit jours, la malade ne perçoit plus les mouvements de l'enfant. A l'auscultation, on n'entend plus les battements du cœur.

26 avril. — Accouchement, à 8 mois et demi de grossesse, d'un fœtus mort et macéré.

Le cordon ombilical, d'un rouge brunâtre, mesure 36 cent.

Le placenta pèse 454 gram. La surface foetale ne présente rien de particulier, tandis que sur la face maternelle, à côté de cotylédons d'aspect grisâtre et paraissant atteints de dégénérescence graisseuse, on trouve des foyers hémorrhagiques volumineux.

Autopsie du fœtus.

Sexe féminin. Longueur totale : 50 cent. ; du sommet à l'ombilic : 28 cent.

Le cadavre présente les signes de la macération ; il est affaissé sur lui-même ; les membres sont flasques, les os du crâne sont mobiles. Les parois abdominales sont infiltrées ; l'abdomen renferme un liquide d'un rouge foncé.

Les organes thoraciques et abdominaux ne présentent rien de particulier.

Examen des os :

Le cartilage épiphysaire inférieur du fémur présente un état granulo-graisseux très prononcé de ses cellules. L'aspect des travées cartilagineuses et osseuses n'offre rien de spécial ; mais les lacunes médullaires des tissus chondroïde et spongoïde, et du tissu spongieux, sont remplies par une fine

poussière granuleuse, dans laquelle on retrouve une grande variété d'éléments cellulaires ou nucléaires, à contours pâles et diffus : les uns sont beaucoup plus petits, les autres beaucoup plus gros que ceux de la moëlle fœtale ; et les plus gros, fortement granuleux, sont souvent réunis en nombre considérable, pour former des masses plus ou moins étendues. Au fur et à mesure qu'on s'éloigne du cartilage, on voit les dimensions de ces éléments devenir petit à petit uniformes et régulières ; mais l'état finement granuleux y persiste toujours.

OBSERVATION XI.

A sept mois de grossesse, apparition de la roséole et commencement du traitement mercuriel ; accouchement, entre huit mois et demi et neuf mois, d'un fœtus mort.

B..., Joséphine, 21 ans, entre à l'hôpital le 20 janvier 1881. Elle sort d'une maison publique.

Il y a huit jours, elle a eu ce qu'elle appelle « un abcès de sang ». De la grande lèvre gauche il se serait écoulé un peu de sang. Cet accident n'a laissé aucune trace, aucune cicatrice ;

21 janvier. — Grossesse de 7 mois.

Pas d'engorgement ganglionnaire. Rien aux grandes lèvres. A la face interne de la petite lèvre gauche, on trouve un chancre de l'étendue d'une pièce de cinquante centimes, à bords rosés, recouvert d'un enduit diphthéritique jaunâtre. Sur le côté opposé, correspondant à cette ulcération, on voit de petites granulations blanchâtres, dues à des dépôts de pus. Ce pus enlevé, on voit de petites érosions superficielles, ayant à peine le volume d'une tête d'épingle.

Le col est volumineux, fongueux, saignant.

25 janvier. — Sur la poitrine, on trouve des macules et des papules rougeâtres.

Traitement général : 1 pilule de protoiodure de mercure de 0,05.

Traitement local : poudre d'oxyde de zinc.

28 janvier. — L'érosion chancreuse de la petite lèvre gauche est en voie de guérison.

9 février. — Le chancre est guéri.

Sur l'abdomen, les papules ont augmenté en nombre et en volume.

2 pilules de protoiodure.

3 mars. — Depuis 15 jours, il s'est développé, sur la petite lèvre droite, une petite syphilide, qui ne guérit pas.

Le 9 mars. — Accouchement d'un fœtus mort, du sexe masculin.

Autopsie du fœtus.

Diamètres de la tête : S. O. M. 12 ; O. M. 11 ; O. F. 10,5 ; B. P. 8,5.

Aucune trace d'éruption sur le corps.

Au niveau des orifices (bouche, anus,...), on ne trouve pas de lésion spécifique.

Macération des espaces intercostaux. Epanchement d'un liquide citrin dans le péricarde et dans la plèvre. Le thymus, les poumons et le cœur sont sains. Les poumons sont ceux d'un enfant qui n'a pas respiré.

La cavité abdominale renferme un liquide roussâtre. Le foie, la rate, les reins ne présentent aucune lésion.

Les testicules, engagés dans l'anneau, n'offrent pas d'altération appréciable.

Les articulations sont saines. Examinés à l'œil nu, les os n'offrent rien de particulier.

Sous le cuir chevelu, épanchement sanguin. Les sinus crâniens sont injectés. Le cerveau est très mou et comme macéré.

3^me GROUPE

Accouchements d'enfants vivants, mais atteints, au moment de la naissance ou dans les premiers temps de la vie, de syphilis grave. (1)

OBSERVATION XII.

Apparition du chancre entre quatre mois et quatre mois et demi de grossesse ; entre quatre mois et demi et cinq mois, on commence le traitement mercuriel ; accouchement entre sept mois et demi et huit mois ; enfant vivant, qui meurt deux jours après.

B., Joséphine, 19 ans, servante, est amenée par la police à la Maison de secours, le 11 novembre 1880.

Il y a quatre mois, elle eut une vaginite, qu'elle soigna par des injections d'alun.

Examinée le jour de son entrée, elle présente de l'œdème des deux petites lèvres, surtout de la gauche. Adénopathie inguinale gauche. Muqueuse vaginale rouge, injectée. Rougeur du col ; les culs-de-sac sont remplis d'un liquide purulent.

Pas d'adénopathie cervicale, ni d'éruption spécifique.

Traitement : injection de permanganate de potassium.

1^{er} décembre. — On observe, sur la petite lèvre gauche, une plaque de l'étendue d'une pièce de deux francs, à peine saillante, à teinte de jambon et fortement indurée (dureté ligneuse). Une plaque plus petite, de même nature, siège sur la petite lèvre droite.

(1) Les formes diverses de la syphilis héréditaire grave ont ceci de commun : d'être précoces, presque toujours congénitales, suivies de mort dans l'immense majorité des cas. Une de ces formes est la cachexie simple, primitive des nouveau-nés syphilitiques (CHAPPE).

L'écoulement purulent est moins prononcé; mais la muqueuse vaginale est encore rouge.

15 décembre. — Jusqu'à ce jour, la malade n'a pas encore été traitée. Roséole sur la partie antérieure de la poitrine.

Traitement général : 1 pilule de bichlorure de mercure de 1 centigr.

Traitement local : injections de permanganate; pansement avec la poudre d'oxyde de zinc; lotions avec liqueur de Labarraque.

17 décembre. — Depuis plusieurs jours, la malade éprouve de la courbature générale, un peu de fièvre dans la journée, et un très grand malaise tous les matins, à son lever. Elle se plaint aussi d'une céphalalgie intense.

Il existe une roséole généralisée, caractérisée par de petites taches, de l'étendue les unes d'une lentille, les autres d'une pièce de 50 centimes, ne provoquant aucune démangeaison. L'éruption est surtout marquée à la partie antérieure de la poitrine, et au niveau de la ceinture.

La plaque, que nous avons observée sur la petite lèvre gauche, offre l'aspect d'un chancre en cocarde.

22 décembre. — La malade est enceinte de cinq mois. A l'auscultation, on perçoit les battements fœtaux.

La roséole pâlit. L'œdème de la petite lèvre gauche est moins considérable; le chancre est en voie de réparation.

2 pilules de proto-iodure d'hydrargyre.

19 janvier. — L'érosion, située sur la petite lèvre droite, est cicatrisée.

Syphilide papuleuse à la partie supérieure et interne de la cuisse gauche.

5 février. — Alopecie.

On continue toujours le traitement.

9 mars. — La petite lèvre gauche, bien que le chancre soit

complètement guéri, est toujours volumineuse et présente une induration scléreuse.

16 mars. — Accouchement, entre 7 mois et demi et 8 mois, d'un enfant vivant, du sexe masculin, qui a vécu deux jours.

Poids de l'enfant : 1300 gram. Diamètres de la tête :

Diam. maximum, 10 ; bipariétal, 7 $\frac{3}{4}$; S. O. B., 7.

A l'autopsie de l'enfant, nous n'avons constaté aucune lésion.

Après son accouchement, la fille B... a été soumise à des frictions mercurielles, et, en moins de trois semaines, la petite lèvre gauche, siège du chancre infectant, avait considérablement diminué de volume et d'épaisseur.

OBSERVATION XIII.

Premiers accidents 3 mois après le début de la grossesse ; à 7 mois, on commence le traitement mercuriel ; accouchement, à 8 mois et demi environ, d'un enfant vivant, qui meurt huit jours après ; lésions osseuses.

M. Marie, 39 ans, repasseuse, entre à la Maison de secours le 25 avril 1882.

La malade est enceinte de 7 mois.

Elle s'est aperçue pour la première fois, il y a 4 mois, de la présence de boutons sur les grandes lèvres. Elle n'a suivi aucun traitement.

3 mai. — Adénopathie biinguinale. — Œdème des deux grandes lèvres, qui sont couvertes, ainsi que les plis génito-cruraux, de syphilides papulo-hypertrophiques. Végétations nombreuses à l'entrée du vagin.

Syphilide des amygdales. Pas d'adénopathie cervicale.

Traitement général : 2 pilules de proto-iodure d'hydrargyre.

Vin de quinquina, 100 gram.

17 mai. — Diminution de l'œdème vulvaire. Les papules génitales commencent à s'affaïsser,

31 mai. — L'œdème a presque complètement disparu. Il en est de même des syphilides papuleuses, qui couvraient la vulve et les plis génito-cruraux. Seules, les végétations persistent.

On continue le traitement.

5 juin. — Accouchement, à 8 mois et demi environ, d'un enfant vivant.

Le placenta présente, sur ses deux faces et à la coupe, plusieurs masses blanchâtres, d'aspect fibro-graisseux. Ces masses, de volume variable, semblent se continuer avec le tissu sain.

L'examen microscopique de l'organe n'a pas été fait.

7 juin. — L'enfant, qui au moment de sa naissance n'avait présenté qu'une chute de l'épiderme à la plante des pieds et à la paume des mains, est pris de conjonctivite catarrhale aiguë. Il est très chétif, malingre; facies de petit vieux.

12 juin. — La conjonctivite est à peu près guérie.

13 juin. — Pendant qu'il prenait le sein de sa mère, l'enfant meurt subitement, après avoir poussé un léger cri.

L'autopsie a été faite par M. Guillemin, interne à la Maternité, qui nous a dit n'avoir constaté aucune espèce de lésion.

Examen des os :

A l'extrémité inférieure du fémur, on constate que la zone de prolifération est irrégulière, et qu'elle est plus épaisse qu'à l'état normal. Les cellules du cartilage sont granulo-graisseuses. Dans les travées osseuses, les corpuscules osseux présentent aussi un état granulo-graisseux.

OBSERVATION XIV.

Syphilis héréditaire grave ; cachexie ; accidents cutanés ; mains botes ; mort de l'enfant à l'âge d'un mois.

F... Nathalie, femme soumise à la police, entre à la Maison de secours, le 13 décembre 1881.

Elle est accouchée, il y a un mois, d'un enfant vivant, du sexe féminin. 5 mois avant son accouchement, elle s'est aperçue, pour la première fois, de boutons sur les grandes lèvres, et de taches sur le corps. Ce sont les seuls renseignements que l'on obtient de la malade.

Si nous passons à l'examen de la mère, nous constatons : dans l'aîne droite, un ganglion de la grosseur d'une noisette ; des syphilides papulo-érosives sur les grandes lèvres ; écoulement vaginal, légèrement purulent.

L'enfant est émacié, athrepsié, vrai type de petit vieux avec son teint parcheminé et son visage couvert de rides.

Il ne pèse que 1 kil. 750 gr. Il a les mains botes. On constate une ulcération sur le pavillon de l'oreille gauche. Le tronc et l'abdomen sont couverts de syphilides maculeuses, circonscrites ; les taches ont l'étendue d'une pièce de 20 centimes. Erosions lenticulaires à la région génitale, à la partie supérieure des cuisses et au niveau du sacrum.

L'enfant est nourri par sa mère ; pas de vomissements ; ventre météorisé ; le volume du foie ne paraît pas augmenté ; selles vertes.

Il pousse de petits gémissements, il a de l'insomnie.

On fait à l'enfant des frictions avec l'onguent napolitain ; il prend des bains.

La mère suit un traitement général : 1 pilule de proto-iodure de 0,05 ; vin de quinquina.

L'enfant succombe le 16 décembre.

L'éruption maculeuse, que nous avons constatée pendant la vie sur le tronc et l'abdomen, est à peine perceptible sur le cadavre. On perçoit encore, sur l'abdomen, des taches pigmentaires, d'une couleur de café au lait et offrant une disposition cerclée.

Les masses musculaires sont pâles.

Congestion pulmonaire au niveau des bases. Le muscle cardiaque est décoloré ; il est gras. Le péricarde et la cavité pleurale ne renferment pas de liquide. Le thymus ne présente aucune lésion.

Nous trouvons l'intestin distendu par des gaz. La muqueuse intestinale est congestionnée. Au niveau du cœcum, il existe quelques plaques saillantes, imprégnées d'un pigment grisâtre. Les capsules surrénales ne sont pas altérées. Dans les deux reins, on trouve une dégénérescence granulo-graisseuse des cellules épithéliales. Le foie est augmenté de volume ; il est congestionné et présente quelques îlots graisseux. Il n'y a rien qui ressemble à l'hépatite diffuse de Gubler, ni à des syphilomes miliaires ou à de petites tumeurs gommeuses. L'estomac et le péritoine n'offrent pas de lésions.

Pas d'altérations spléniques.

L'examen du crâne et du cerveau ne présente rien de particulier. Dans les os, on n'a rien constaté d'anormal, ni à l'œil nu, ni au microscope.

OBSERVATION XV.

Début des premiers accidents à la fin du cinquième mois de la grossesse ; à cinq mois et demi, on commence le traitement mercuriel ; accouchement à terme d'un enfant vivant ; mort de l'enfant, un mois et demi après sa naissance ; lésions syphilitiques des poumons ; lésions syphilitiques du squelette.

V., Marie, 22 ans, lingère, entre à la Maison de secours le 8 octobre 1881.

Il y a deux ans et demi, est accouchée une première fois d'un enfant qui mourut à l'âge de deux mois.

Cette malade est enceinte (de cinq mois et demi) d'un individu qui l'a quittée il y a quatre mois. Elle a vécu ensuite avec

un jeune homme qu'elle a cessé de voir il y a un mois environ. Depuis, elle n'a plus eu de rapports. Il y a quinze jours, elle s'aperçut de la présence dans les aines de deux gros ganglions, qui ne suppurèrent pas et diminuèrent de volume au bout de huit jours. En même temps, survenait un écoulement purulent, assez abondant. Les deux grandes lèvres commencèrent à se tuméfier.

8 octobre. — Œdème considérable des grandes lèvres, qui atteignent le volume de deux tranches de melon. Sur la face interne de chaque grande lèvre, on trouve une érosion chancreuse, de l'étendue d'une pièce de 50 centimes, et offrant au toucher une dureté ligueuse. Les deux érosions ne sont pas situées au même niveau. Les deux grandes lèvres sont recouvertes d'un enduit blanc-grisâtre, fortement adhérent (enduit pseudo-diphthéritique). Écoulement purulent assez abondant. Le col est rouge. Sur la lèvre inférieure du col, on aperçoit une plaque, de l'étendue d'une pièce de 20 centimes, recouverte d'un enduit blanc-grisâtre, qui ne peut être enlevé sans un léger écoulement de sang. Adénopathie biinguinale.

A l'auscultation, on perçoit les battements fœtaux.

12 octobre. — Traitement général : une pilule de protoiodure de mercure de 0,05. Vin de quinquina, 100 grammes.

Traitement local : Poudre d'oxyde de zinc ; lotions avec liqueur de Labarraque.

19 octobre. — Les deux chancres se sont étendus ; ils ont une couleur de jambon. Deux pilules de protoiodure.

26 octobre. — Les deux grandes lèvres, toujours volumineuses, sont encore recouvertes de leur enduit grisâtre. Les deux chancres ne se modifient pas. La plaque, que l'on a constatée sur le col, commence à s'effacer, à se dépouiller de son enduit.

16 novembre. — Les érosions chancreuses sont en voie de réparation ; mais la sclérose persiste. L'œdème des grandes lèvres a diminué ; l'enduit pseudo-diphthéritique qui les recouvrait, a disparu en partie.

14 décembre. — L'œdème vulvaire n'a pas complètement disparu.

Alopécie ; adénopathie cervicale.

L'état général est bon. A l'auscultation, on perçoit les battements du cœur fœtal.

La malade prend toujours ses deux pilules de protoiodure et son vin de quinquina.

4 janvier. — La malade se sent abattue ; lassitude dans les membres ; un peu de fièvre ; diarrhée depuis quelques jours.

Lavement laudanisé ; bismuth.

On supprime le traitement mercuriel.

11 janvier. — Syphilides papuleuses sur les grandes lèvres. Syphilides érosives au niveau des plis génito-cruraux.

13 janvier. — Accouche à terme d'un enfant vivant, du sexe masculin, pesant 3,818 grammes. Les diamètres du crâne sont normaux.

Examiné au moment de sa naissance, l'enfant ne présente aucun accident spécifique.

25 janvier. — L'enfant est nourri par sa mère. On trouve un peu d'érythème au niveau des fesses. A l'ombilic, il existe un écoulement purulent, et un bourgeon charnu, qui tend à proéminer de plus en plus au dehors.

31 janvier. — L'enfant commence à dépérir ; il a des selles vertes.

8 février. — Il présente l'aspect d'un petit vieillard, la face a une teinte bistrée ; le front est couvert de rides. Il se plaint, il a de l'insomnie. Il n'a pas de vomissements ; mais il a des selles diarrhéiques, verdâtres.

Psoriasis au niveau de la paume des mains et de la plante des pieds.

La mère prend une pilule de protoiodure de 0,05 et du vin de quinquina.

L'enfant meurt le 3 mars.

Autopsie de l'enfant.

Sur les fesses, la partie postéro-interne de la cuisse gauche et le scrotum, on trouve de larges plaques érythémateuses.

Au niveau du pubis, on remarque de petites macules rougeâtres.

A la bouche, sur la lèvre inférieure, il existe deux petites érosions, peu profondes, à surface rosée ; ces érosions ne sont pas symétriques.

L'examen du crâne et du cerveau n'offre rien à signaler.

Les poumons ont un aspect blanchâtre ; ils sont fermes, très-lourds, plus denses que l'eau ; ils ne sont perméables à l'air que dans certaines parties seulement ; leur tissu est infiltré d'un liquide séreux ; si on les sectionne, on obtient une surface blanchâtre ; sur certains points, la surface de section est d'un rouge pâle. Dans les sommets, on trouve de petits noyaux, d'un blanc grisâtre, indurés. Les plèvres sont tapissées par de fausses membranes, offrant l'aspect de pus concret.

Les ganglions bronchiques paraissent augmentés de volume ; mucus dans les bronches.

Le foie est gras, volumineux. Il ne présente pas d'autre particularité.

Dans les autres organes, nous n'avons pas trouvé de lésions.

Examen des os :

Les os présentent des altérations remarquables, visibles à l'œil nu, mais seulement après avoir séparé chacun de ces os en deux moitiés par une sec-

tion longitudinale. Ces altérations portent à la fois sur l'accroissement de l'os aux dépens du cartilage et sur son accroissement aux dépens du périoste: Elles ont été constatées sur l'extrémité inférieure des deux fémurs et sur leur diaphyse, sur l'un des humérus dans toute son étendue, sur le cubitus et le radius correspondants et enfin sur l'extrémité supérieure de l'un des tibias; les autres parties du squelette n'ont pas été examinées.

Fémur droit. — Dans son extrémité inférieure, on trouve le point d'ossification, dont la présence indique que le fœtus est à terme.

La ligne de démarcation entre la masse cartilagineuse épiphysaire inférieure et la diaphyse, au lieu d'être parfaitement rectiligne comme à l'état normal, est légèrement sinueuse, et de plus, le liseré bleuâtre, qui indique dans un os en voie du développement, l'épaisseur de la zone de prolifération du cartilage, offre une largeur variable d'un point à l'autre de son étendue; en certains endroits il manque complètement.

Du côté de la diaphyse, ce liseré est en contact, non pas avec le tissu spongieux si vasculaire de l'ossification normale, mais avec un tissu gélatineux d'un gris un peu rosé, qui occupe presque toute l'épaisseur de l'os dans une hauteur de cinq millimètres environ et qui forme ainsi un trait d'union mou et peu solide, entre le cartilage et le corps de l'os. Au centre de ce tissu on remarque toutefois une masse plus dure, d'un blanc opaque, de contours irréguliers, plus rapprochée du cartilage que de l'os: en la grattant avec le scalpel on y sent de petites trabécules osseuses, tandis qu'il n'y en a pas dans le tissu ambiant. A première vue on croirait avoir sous les yeux un petit séquestre. Deux autres masses, beaucoup plus petites, mais d'aspect analogue, se remarquent au-dessus de la précédente, contre le tissu spongieux de la diaphyse dans lequel elles paraissent enclâssées.

Au-dessus, l'os reprend son aspect normal, sauf sous le périoste. On trouve, en effet, sous cette membrane, depuis le cartilage épiphysaire inférieur jusqu'à l'extrémité supérieure du fémur, une couche de tissu compacte, assez régulière dans son ensemble, mais dont les fibres vues à la loupe ont une direction perpendiculaire à la surface de l'os; ce n'est que dans les parties profondes de cette couche que les fibres osseuses ont leur direction normale. (Elles sont parallèles ou à peu près). Intimement unies l'une à l'autre au niveau de la partie moyenne du fémur, les fibres parallèles et les fibres perpendiculaires se séparent en deux couches qui deviennent de plus en plus distinctes au fur et à mesure qu'on se rapproche de l'extrémité inférieure: la plus profonde ne va pas jusqu'au cartilage, et se perd dans la

zone de tissu gélatiniforme précédemment décrite ; la plus superficielle, au contraire, va jusqu'à l'épiphyse, soit en perdant graduellement de son épaisseur (face antérieure de l'os), soit en augmentant (face postérieure). Sur certains points de son étendue, cette couche de fibres osseuses sous-périostée présente de petites lacunes remplies d'un tissu mou légèrement rosé.

Fémur gauche. — Les lésions qui viennent d'être décrites pour le fémur droit se retrouvent, quoique à un moindre degré et avec quelques différences sur le fémur gauche. Ainsi, on y constate la même irrégularité dans le liseré bleuâtre de la zone de prolifération cartilagineuse, le même tissu rosé gélatiniforme entre le cartilage et la diaphyse, mais avec une hauteur moindre et des tâches opaques plus petites. On rencontre les mêmes modifications dans la couche de tissu compacte sous-périostée.

Toutefois cette couche de fibres perpendiculaires à l'os présente moins de régularité : elle manque totalement dans les 2/3 supérieurs de la face postérieure du fémur et offre son maximum d'épaisseur à la partie supérieure de la face antérieure et au niveau de toute l'extrémité inférieure.

Les extrémités supérieures des deux fémurs n'ont pas été examinées.

Humérus. — L'un des humérus, scié dans toute sa hauteur, présente à son extrémité supérieure, des lésions peu accentuées : on y trouve une certaine irrégularité de la zone de prolifération du cartilage, une diminution dans la vascularisation d'une certaine portion du tissu spongieux juxta-épiphysaire, et quelques petites lacunes remplies du même tissu gélatiniforme que précédemment. C'est surtout l'extrémité inférieure de l'humérus qui présente les altérations les plus intéressantes.

Il existe d'abord une couche assez épaisse de fibres osseuses sous-périostées perpendiculaires à l'os ; cette couche commence à la partie moyenne de l'humérus pour aller en augmentant graduellement d'épaisseur jusqu'à sa partie inférieure. On constate au fond de la cavité olécraniennne le décollement du périoste sur un espace assez restreint et la présence d'un petit abcès dans le tissu sous-jacent. Ce tissu offre, du reste, dans les parties que le pus a respectées, l'aspect décrit à propos du fémur ; on y voit aussi une petite masse opaque, d'un blanc jaunâtre. L'épiphyse cartilagineuse adhère bien faiblement à la diaphyse humérale.

L'abcès s'est ouvert dans l'articulation du coude et y a déterminé une arthrite suppurée, ce dont fait foi le liquide purulent dont l'articulation est

remplie et sur la nature duquel le microscope ne laisse aucun doute.

Cubitus. — Le cubitus correspondant est malade aussi à ses deux extrémités. A la partie supérieure, les altérations consistent en la présence d'une zone gélatiniforme entre le tissu spongieux de la diaphyse et le cartilage de l'olécrane ; le cartilage de l'apophyse coronoïde a conservé ses connexions habituelles avec l'os. A la partie inférieure, nous retrouvons des lésions analogues à celles qui ont déjà été décrites.

Quant au radius correspondant, il n'a pas été examiné à l'état frais. On l'a fait durcir dans l'acide chromique, ainsi que l'extrémité supérieure d'un des tibias, pour y pratiquer des coupes transversales. La comparaison de ces préparations, avec celles qui ont été faites sur les os précédents, parallèlement à leur axe, ne laisse aucun doute sur la similitude des altérations du radius et du tibia, avec celles qui viennent d'être décrites dans les autres os ; et, quoique toutes les épiphyses du fœtus n'aient pas été examinées, on peut, avec quelque apparence de raison, penser qu'elles étaient toutes dans le même état.

L'examen histologique de ces différentes pièces osseuses donne des résultats non moins intéressants que ceux de l'examen à l'œil nu et renseigne exactement sur la nature des tissus anormaux que nous avons trouvés.

Les coupes longitudinales montrent les détails suivants :

A la limite du cartilage, les cellules de ce tissu sont, sur certains points, en voie de prolifération très active, comme à l'état normal ; mais sur d'autres, elles restent à l'état fœtal, sans se disposer en rangées parallèles, et semblent s'être endormies après avoir ébauché les débuts d'une multiplication ; cette irrégularité dans l'aspect des cellules cartilagineuses, explique suffisamment les variations de largeur ou l'absence complète du liseré bleuâtre qui traduit, à l'œil nu, les modifications du cartilage en voie d'ossification.

Au niveau des endroits privés de la prolifération cellulaire habituelle, le cartilage se termine brusquement sans donner naissance à ces travées directrices de l'ossification qui le réunissent habituellement au tissu spongieux de l'os ; il est en contact immédiat avec le tissu gélatiniforme décrit plus haut. Au contraire, là où l'on observe de l'activité cartilagineuse, ces travées directrices existent avec leur aspect normal ; on voit même apparaître, sur leurs bords, à une petite distance du cartilage, des corpuscules osseux en voie de formation ; mais les éléments cellulaires ou nucléaires, qui sont situés dans l'intervalle de ces travées, n'ont pas leur aspect normal. Ils sont granuleux, de volume fort inégal, selon la quantité de graisse qui les in-

filtre, et paraissent en voie de dégénérescence ; dans quelques-uns, on observe des traces de pigment sanguin. Dans ces espaces, on ne découvre que peu ou pas de vaisseaux. Souvent, à une certaine distance du cartilage, ces travées cessent d'exister. Leur continuité avec la diaphyse est interrompue par le tissu gélatiniforme. D'autres fois on trouve, au centre de ce tissu, des îlots plus ou moins considérables de trabécules ostéo-cartilagineuses, complètement isolés de l'os et du cartilage et dont les lacunes, privées à peu près totalement de vaisseaux, sont remplies par des éléments granulo-graisseux. Ces petites masses sont donc des séquestres dans lesquels la nutrition est, sinon complètement abolie, du moins profondément atteinte ; leur couleur d'un blanc opaque est évidemment due à la dégénérescence de leurs éléments. Ils se continuent, sans ligne de démarcation inflammatoire, avec le tissu mou ambiant qui fait corps avec eux, en s'enfonçant dans leurs lacunes périphériques.

Ce tissu, que nous avons constamment désigné jusqu'ici sous le nom de gélatiniforme et qui se rencontre dans chacune de nos descriptions, est du tissu fibreux. Il est constitué par un feutrage peu serré de fibres conjonctives dirigées dans tous les sens ; entre ces fibres se trouvent des éléments nucléaires ou fusiformes assez espacés les uns des autres et paraissant jouir d'une vitalité suffisante, mais on trouve çà et là des taches opaques qui sont constituées par l'agglomération en nombre variable de gros corpuscules granulo-graisseux ; quelques granulations d'hématoïdine, disséminées d'une façon très discrète, indiquent ou d'anciennes congestions ou de petites ruptures vasculaires antérieures ; les vaisseaux sont assez rapprochés et forment un réseau dont les mailles ne ressemblent en rien à celles du réseau capillaire d'un os en voie de formation. On trouve encore parfois, dans ce tissu, des vestiges de travées cartilagineuses ou ostéo-cartilagineuses, mais elles sont rares, amincies, et n'ont aucune continuité entre elles : de grands espaces en sont complètement dépourvus. Du côté de l'os, ce tissu fait place peu à peu à la moelle fœtale en s'enfonçant dans les lacunes du tissu spongieux.

Les coupes transversales, pratiquées sur le tibia et sur le radius à différentes hauteurs, présentent les mêmes détails histologiques, mais elles mettent surtout bien en relief les désordres de l'ossification par le périoste. Au radius, par exemple, à l'union du tiers moyen avec le tiers inférieur, tandis que sur la moitié de la circonférence de l'os le tissu compacte sous-périosté

ne mesure qu'une faible épaisseur, sur l'autre moitié, il offre une épaisseur cinq fois plus considérable. Ici, il est formé de trabécules épaisses et bourrées de corpuscules osseux, disposés perpendiculairement à la face profonde du périoste. Le travail d'ossification n'a pas été arrêté ou entravé comme au niveau du cartilage ; il est devenu au contraire d'une exubérance remarquable et, tous les éléments auxquels il a donné naissance, paraissent jouir d'une vitalité parfaite.

4^m^e GROUPE.

Accouchements d'enfants atteints, au moment de la naissance ou dans les premiers temps de la vie, de syphilis héréditaire commune (1) ou de symptômes douteux, à diagnostic incertain.

OBSERVATION XVI.

Syphilis conjugale ; début des accidents coïncidant avec le début de la grossesse ; à quatre mois de grossesse, on commence le traitement mercuriel ; accouchement à terme d'un enfant vivant qui, à l'âge de deux mois, a présenté des manifestations syphilitiques.

C... , femme L... , 19 ans, journalière, entre à la Maison de secours, le 5 mars 1881.

5 mars. — Infectée par son mari, cette femme s'est aperçue pour la première fois, de la présence d'un ou de deux boutons sur les grandes lèvres, il y a quatre mois environ. Vers la même époque, elle devenait enceinte. Jusqu'à ce jour, elle n'a fait aucun traitement.

(1) Avec Charpy, nous comprendrons sous ce nom la forme commune et la forme bénigne.

Actuellement, les grandes lèvres, le mont de Vénus et les plis génito-cruraux sont couverts de nombreuses syphilides papulo-hypertrophiques. Adénopathie biinguinale. Roséole sur toute la surface du corps.

Traitement local : poudre d'oxyde de zinc ; lotions avec liqueur de Labarraque.

Traitement général : pilules de proto-iodure d'hydrargyre de 0,05.

30 mars. — Nous constatons, sur la face externe des grandes lèvres, le mont de Vénus et les plis génito-cruraux, une teinte lie de vin très prononcée ; les papules hypertrophiques se sont affaissées et ne forment plus que de légères saillies de couleur violacée.

Sortie de l'hôpital sur la demande de son mari (le 5 avril), elle continua à être soignée par M. le Dr Spillmann, qui lui fit prendre des pilules mercurielles jusqu'à l'accouchement.

L'enfant, du sexe masculin, venu à terme, ne présentait, au moment de sa naissance, aucune manifestation syphilitique. A l'âge de deux mois, il eut des papules génitales. Il fut alors soumis à un traitement mercuriel.

M. le Dr Spillmann a revu l'enfant dans ces derniers temps (juin 1883). L'enfant n'avait plus présenté d'accidents syphilitiques apparents ; mais il était resté chétif ; il avait l'air vieillot, il était malingre.

OBSERVATION XVII.

Le début de l'infection coïncide avec celui de la grossesse à 8 mois, on commence le traitement mercuriel ; accouchement à terme d'un enfant vivant, qui a présenté des accidents cutanés 2 mois et demi après sa naissance.

Marie M. . , 21 ans, entre à la Maison de secours, le 25 août 1882.

Cette malade nous raconte qu'elle était restée vierge jusqu'à la fin du mois de décembre, époque à laquelle elle aurait eu un rapport unique avec un individu qu'elle connaît à peine. Elle venait alors d'avoir ses règles. C'est à ce coût qu'il faudrait, d'après le dire de la malade, faire remonter le début de la grossesse et le début de l'infection.

Dans le mois de mai la malade perçut pour la première fois les mouvements de l'enfant. A la même époque elle remarqua sur la grande lèvre gauche la présence de trois boutons, qui provoquaient des démangeaisons à ce niveau. De petites taches rouges, prurigineuses, existaient sur les membres inférieurs.

Depuis un an environ la malade aurait des fleurs blanches. Examinée au moment de son entrée, la fille M... présente, au niveau de la grande lèvre gauche, trois papules hypertrophiques, à surface non érodée ; œdème mou des grandes lèvres ; petits ganglions dans l'aine droite ; vaginite.

On ne rencontre aucune autre manifestation syphilitique.

Jusqu'ici il n'y a pas eu de traitement.

28 août. — Traitement général : 1 pilule de protoiodure de mercure de 0,05.

Traitement local : lotions avec liqueur de Labarraque.

3 septembre. — Même état des parties génitales. La malade continue à sentir les mouvements de l'enfant ; à l'auscultation on entend les battements fœtaux.

20 septembre. — A la vulve, les accidents ont disparu ; on ne trouve qu'un léger œdème des grandes lèvres. On continue le traitement.

27 septembre. — Accouchement à terme d'un enfant vivant, du sexe masculin. Cet enfant paraît bien portant ; il pèse 3535 gram. ; il ne présente aucune manifestation syphilitique. Poids du placenta : 875 gram. A l'œil nu on n'y trouve pas de lésions. C'est un vrai type de placenta normal.

9 octobre. — L'enfant est nourri par sa mère. Il a bonne mine ; il prospère. Le 3 octobre il pesait 3565 gr., maintenant il pèse 3738 gram.

25 octobre. — L'enfant boit bien et paraît toujours se bien porter. Mais il présente, au niveau des talons, deux petites taches rougeâtres, de l'étendue d'une pièce de 20 centimes environ. La mère a repris ses pilules de protoiodure ; elle prend aussi 2 gram. d'iodure de potassium, du fer et du vin de quina.

28 octobre. — Depuis que les pieds sont enveloppés séparément dans les langes, les rougeurs, que l'on remarquait au niveau des talons, ont disparu.

28 novembre. — L'enfant continue à bien se porter. Nous ne constatons aucun accident spécifique. (Depuis sa naissance l'enfant est examiné au moins tous les huit jours).

La mère prend toujours ses pilules et son iodure ; elle n'offre actuellement aucune manifestation syphilitique.

19 décembre. — L'enfant présente, au niveau de l'ombilic, une papule d'une teinte rosée. On constate sur le membre inférieur droit, au niveau du tendon d'Achille, une petite érosion transversale, de la longueur d'un centimètre à un centimètre et demi. On rencontre une autre érosion, semblable à la première, à la partie postérieure et inférieure de la fesse droite ; elle répond à l'un des plis situés à cet endroit.

Dans les aines, on perçoit de petits ganglions.

1^{er} janvier. — La papule ombilicale s'est affaissée ; il n'existe plus qu'une petite macule rougeâtre.

23 janvier. — Au moment de sa sortie, l'enfant ne présente aucun accident spécifique, ni aucun trouble de nutrition.

OBSERVATION XVIII.

Accidents syphilitiques à quatre mois de grossesse; à 5 mois, on commence le traitement mercuriel; accouchement à terme d'un enfant vivant qui, à l'âge d'un mois, présente des signes de syphilis héréditaire.

Caroline M..., 23 ans, entre à la Maison de secours le 29 septembre 1882.

La malade ne peut nous donner de renseignements sur le début de l'infection. Quatre semaines environ avant son entrée, elle s'aperçut de la présence de boutons multiples sur les grandes lèvres.

Grossesse de 5 mois.

30 septembre. — La partie supérieure des cuisses, les plis génito-cruraux et les grandes lèvres sont couverts de nombreuses syphilides papulo-érosives. Ecoulement leucorrhéique très abondant.

Muqueuse vaginale violacée. Ulcérations sur le col. Adénopathie biinguinale.

Au pied droit dans tous les espaces interdigitaux, au pied gauche dans le 2^e et le 3^e, on trouve des syphilides érosives de l'étendue d'une pièce de 20 centimes environ.

La plante des pieds présente des papules rougeâtres, d'aspect cuivré.

Syphilides acnéiformes sur tout le corps et sur la face.

Adénopathie cervicale. Syphilides papuleuses de la nuque.

Syphilides papulo-croûteuses du cuir chevelu. Les cheveux tombent par poignées. Syphilides granuleuses des ailes du nez. Ulcérations sur les deux amygdales. Syphilide érosive de la base de la langue.

La malade est très-pâle, profondément anémiée; elle est

fatiguée, courbaturée; céphalalgie; un peu de fièvre; langue blanche; inappétence.

La malade n'a pas encore pris de mercure.

Traitement général: frictions mercurielles; vin de quinquina.

Traitement local: poudre d'oxyde de zinc; liqueur de Labarraque.

18 octobre. — On a fait aujourd'hui la quatorzième friction. Les papules érosives de la zone génitale ne s'effacent pas et sont toujours aussi nombreuses, tandis que les autres accidents, que nous avons constatés sur les diverses parties du corps, sont en voie d'amélioration.

La malade est toujours très pâle.

On arrête les frictions et on prescrit 2 grammes d'iodure de potassium.

15 novembre. — Dans ces derniers temps, la malade a commencé à reprendre des forces. Elle est moins pâle, moins anémiée. Les syphilides génitales tendent à s'effacer. Les accidents du cuir chevelu, de la nuque et de la plante des pieds ont presque complètement disparu; tout au plus trouve-t-on, au niveau de ces deux derniers endroits, quelques macules légèrement cuivrées. Sur la langue, il existe une petite érosion.

Avec les 2 grammes d'iodure, la malade prend 2 pilules de sublimé.

22 novembre. — On cesse l'iodure, qui occasionne des vomissements.

1^{er} janvier. - L'état général est très bon. La malade est grasse, fraîche; elle a très bonne mine.

Elle sent très bien les mouvements de l'enfant. A l'auscultation, on entend distinctement les battements fœtaux.

On continue toujours les pilules de sublimé.

2 février. — Accouchement à terme d'un enfant vivant, du sexe masculin, qui, examiné au moment de sa naissance, ne présente aucune manifestation syphilitique.

20 février. — Les deux seins de l'enfant sont tuméfiés et forment une petite masse arrondie, de l'étendue d'une pièce de deux francs, saillante et dure.

3 mars. — L'enfant a l'air vieillot ; la peau est jaune, la figure ridée. Il est nourri par sa mère et ne présente pas de troubles digestifs. Il pèse 3225 grammes. La tuméfaction des seins a disparu.

La mère prend du sirop de Gibert, du fer et du vin de quinquina.

5 avril. — L'enfant se plaint, surtout la nuit ; il a de l'insomnie. Il a l'air chétif. Le visage présente une teinte bistrée. Il boit bien, et la mère a du lait en suffisance ; il n'a ni vomissements, ni diarrhée ; et cependant il ne prospère pas. On soumet l'enfant à des frictions mercurielles ; il prend en même temps des bains de Barèges.

20 mai. — Quoiqu'il soit encore chétif, l'enfant commence à prospérer. On le pèse tous les huit jours ; et chaque fois, on trouve une augmentation de poids.

25 juin. — Amélioration de l'état général. Le visage, de bistre qu'il était, commence à prendre une teinte rosée. On observe encore quelques rides, au niveau du front.

12 juin. — On cesse les frictions et les bains de Barèges.

20 juin. — L'enfant est atteint d'une bronchite généralisée. Toux sèche, assez fréquente. A la percussion de la poitrine, on ne perçoit pas de matité. A l'auscultation, rudesse respiratoire ; sibilancés aux deux temps. La température est restée normale. Pas de troubles digestifs ; seulement, depuis deux jours, l'enfant boit peu.

Sur l'épaule gauche, on constate quelques petites taches rosées, légèrement papuleuses.

Depuis hier, l'enfant prend de l'iodure de potassium.

28 juin. — L'enfant ne tousse presque plus. A l'auscultation, on ne perçoit que de la rudesse respiratoire.

3 juillet. — Il existe plusieurs petites macules, d'un rouge cuivré, à la partie inférieure du menton, sur le cou et sur l'épaule droite. Les taches observées sur l'épaule gauche, ont disparu.

L'enfant présente une grande vivacité; il est toujours à remuer, à s'agiter; il a de l'insomnie; la tête est volumineuse à la partie postéro-supérieure.

Il prend toujours son iodure.

Nous cessons alors d'observer l'enfant, qui ne tarde pas à quitter l'hôpital avec sa mère.

OBSERVATION XIX.

Apparition de l'accident primitif 7 mois et demi après le début de la grossesse; traitement mercuriel; accouchement à 8 mois et demi d'un enfant vivant, qui, 16 jours après sa naissance, commença à présenter des manifestations syphilitiques; accidents multiples.

Adèle M..., femme F..., 22 ans, couturière, est devenue enceinte vers le 22 mars 1882. Elle s'était toujours bien portée, lorsque, dans les premiers jours de novembre, elle remarqua un bouton aux parties génitales. Ce bouton, cautérisé par une sage-femme, dura trois semaines. Trouvant qu'il durait trop longtemps, ou sachant la nature de son mal, la femme F... alla consulter M. le docteur Spillmann, qui la mit immédiatement aux pilules de proto-iodure.

Prise des douleurs de l'enfantement, elle entra à la Mater—

nité le 4 décembre, où elle accoucha le même jour, c'est-à-dire à huit mois et demi, d'un enfant vivant, du sexe masculin, pesant 3140 grammes. Le liquide amniotique était épais, verdâtre.

Le placenta pesait 600 grammes.

Six jours après son accouchement, malgré les conseils de M. le professeur Herrgott, la femme F.... quitta le service. Elle présentait alors, sur les grandes lèvres, des syphilides papulo-hypertrophiques et de l'adénopathie biinguinale.

Quant à l'enfant, nourri par sa mère, il paraissait bien se porter et n'offrait aucune manifestation syphilitique.

Dix jours après sa sortie de la Maternité, l'enfant commence à présenter des boutons à la région ano-génitale; et le 4 janvier, époque à laquelle nous le revoyons, nous lui trouvons sur les fesses, autour de l'anus, sur les cuisses, sur le scrotum et au pénis, une éruption papulo-érosive de couleur rougeâtre. Sur le bas-ventre, on remarque de larges plaques érythémateuses; au talon gauche, il existe une petite macule.

Syphilides érosives des lèvres.

L'enfant a du coryza.

On fait à l'enfant des frictions mercurielles. La mère, quoique ne présentant actuellement aucun accident spécifique, reprend ses pilules de proto-iodure.

L'enfant a été revu plusieurs fois par notre ami M. le Dr Remy, qui a successivement constaté chez lui des syphilides cutanées, une augmentation du volume de la tête, des accidents du côté du larynx (cris rauques, quintes de toux) et de la polysarcie syphilitique.

OBSERVATION XX.

Premiers accidents syphilitiques dans le courant du quatrième mois; pas de traitement mercuriel; accouchement à 8 mois d'un enfant vivant; hydramnios; apparitions des premiers accidents chez l'enfant, trois jours après sa naissance; syphilides cutanées.

B... , Marguerite, 22 ans, tailleuse, devint enceinte dans les premiers jours d'avril 1882. Elle vivait avec un individu qui est le père de son enfant, et avec lequel elle a continué à avoir des rapports jusqu'au mois de novembre.

Elle soupçonne son amant d'avoir eu autrefois une maladie vénérienne. Dans le mois de juillet, elle s'aperçut de deux boutons sur les grandes lèvres. Elle ne fit aucune espèce de traitement, ni général, ni local. A son entrée à la Maternité, le 12 décembre, on constate, au toucher, que la dilatation est complète et que la poche des eaux est volumineuse. Les contractions se ralentissant, on rompt les membranes. Il s'écoule une grande quantité de liquide amniotique verdâtre. Procidence du cordon. Rendue nécessaire à cause de l'engagement de la tête, une application de forceps amène un enfant vivant.

L'enfant, qui pèse 2165 grammes, n'a pas tardé à présenter des manifestations syphilitiques. Trois jours après sa naissance, on trouvait sur l'abdomen de petites macules cuivrées; en même temps, il se faisait une desquamation épidermique à la paume des mains, à la plante des pieds, et à la partie externe de la malléole du côté gauche. Quelques jours plus tard, le ventre et la partie inférieure de la poitrine offraient de nombreuses taches rosées, légèrement papuleuses, de l'étendue d'une pièce de 50 centimes. L'enfant a l'air d'un petit vieux; la peau est jaunâtre, le visage ridé. Il boit

bien et ne présente pas de troubles digestifs. Huit jours après la naissance, le cordon ne s'est pas détaché et sa chute ne semble pas prochaine.

Pendant son séjour à la Maternité, la mère a présenté, comme accidents spécifiques, de nombreuses papules hypertrophiques à la face externe des grandes lèvres et à la partie supérieure et interne des cuisses. Elle quitta le service le 20 décembre.

OBSERVATION XXI.

Début de l'infection avant la fin du quatrième mois ; à 5 mois et demi, on commence le traitement mercuriel ; accouchement d'un enfant vivant ; lésions du placenta et des membranes ; enfant chétif, paraissant né avant terme et présentant peu après sa naissance des accidents cutanés.

Louise B..., 21 ans, couturière, entra pour la première fois à la maison de Secours en 1881. Elle avait alors une vaginite. Après sa sortie, elle serait restée sage pendant 16 mois. Vers le 14 juillet 1882, elle fit la connaissance d'un jeune homme, qui serait le père de son enfant et auquel, à ce qu'elle nous dit du moins, elle n'a jamais fait d'infidélité. Elle ignore si son amant est malade. Elle serait devenue enceinte dans les derniers jours de juillet. Au commencement du mois de décembre, elle remarqua un gonflement des grandes lèvres et de petites ulcérations à leur niveau.

Elle entre à la Maison de secours, le 17 janvier 1883. Jusqu'ici, elle n'a suivi aucun traitement mercuriel. L'état général est mauvais ; la malade est pâle, maigre, anémiée. Blonde et lymphatique, elle est sujette à de la leucorrhée.

Le bord libre des grandes lèvres est couvert de syphilides érosives. A la base de la grande lèvre droite, il existe une

papule non indurée. A la marche de l'anus, syphilides papulo-hypertrophiques. Adénopathie inguinale droite.

Syphilides croûteuses du cuir chevelu ; alopécie ; érosions sur les amygdales.

Traitement : 2 pilules de proto-iodure de mercure de 0,05 ; vin de quinquina.

Un mois après l'entrée de la malade dans le service, en même temps que l'état général présentait une amélioration notable, on constatait que les accidents vulvaires avaient à peu près disparu, et qu'il ne restait plus sur les grandes lèvres qu'une légère teinte violacée. A partir du 28 février, on ne trouva plus de traces des accidents spécifiques. Quant à l'état général, il était excellent et la malade offrait toutes les apparences de la santé. Elle continua son traitement mercuriel ; et le 25 avril, elle commença à prendre de l'iodure de potassium.

Le 8 mai, elle accoucha à la Maternité d'un enfant vivant, du sexe féminin, pesant 2390 grammes. D'après les calculs de la mère, l'accouchement eut lieu à terme ; mais les diamètres de la tête de l'enfant (D. bipariétal 8 1/8 ; O.F. 11 1/2 ; S.O.M. 12 1/2) peuvent faire penser soit à un accouchement prématuré, soit à une sorte de lenteur dans le développement, dûe peut-être à la syphilis.

Examen du placenta :

Le placenta pèse 625 grammes. Examiné à l'œil nu, après son expulsion, il ne présente d'autre particularité qu'une teinte pâle, uniformément répandue sur ses deux faces, et qu'on retrouve à l'intérieur de l'organe en le sectionnant.

A l'examen microscopique, nous constatons une hypertrophie des villosités, lesquelles renferment une multitude de petites granulations. Sur certains points, ces petites granulations semblent s'échapper de l'intérieur des villosités. Plusieurs de ces dernières ont conservé leurs vaisseaux ; mais nous en trouvons beaucoup qui n'en présentent aucune trace. Quant à l'épi-

thélium de revêtement, il est conservé sur certains points et il a disparu sur d'autres.

Examen microscopique des membranes.

Nous trouvons deux particularités remarquables : 1° La présence de cellules volumineuses dans le chorion ; 2° La présence de tissu fibreux dans l'amnios.

Quant au cordon ombilical, il ne présente rien de particulier.

Venu au monde sans accidents cutanés, l'enfant commença, huit jours environ après sa naissance, à présenter successivement de petites vésicules sur les paupières, de l'eczéma rubrum au cou, et de l'érythème au niveau des talons et des fesses. Nourri par sa mère, il buvait bien et ne présentait aucun trouble digestif.

Pendant le premier mois qui suivit la naissance, on fit à l'enfant 13 frictions mercurielles.

On constata une éruption vésiculeuse aux membres inférieurs, et quelques papules rougeâtres sur la cuisse et la jambe du côté gauche. L'enfant fut de nouveau soumis à des frictions mercurielles ; il prenait en même temps des bains de Barèges.

Le 28 juin, nous examinons l'enfant pour la dernière fois. Il ne présente aucun accident spécifique du côté de la peau et des muqueuses. Mais il a l'air vieillot ; le visage est jaune, ridé. L'enfant reste chétif. Pas de troubles du système nerveux, ni de l'appareil digestif. L'enfant est toujours nourri par sa mère, laquelle a du lait en abondance. Depuis son accouchement, la mère ne suit aucun traitement spécifique ; elle ne présente actuellement d'autre accident qu'un peu d'alopécie.

5^e GROUPE.

Mères syphilitiques ; enfants sains.

OBSERVATION XXII.

Accidents secondaires au moment de l'accouchement ; pas de traitement mercuriel ; accouchement à terme d'un enfant qui, observé pendant treize jours, n'a présenté aucune manifestation syphilitique.

Maria L., 20 ans, domestique, accouche à la Maternité, le 31 mars 1883, d'un enfant vivant, du sexe masculin, pesant 3,250 grammes. Devenue enceinte dans les premiers jours de juillet, la fille L... s'était toujours bien portée lorsque, le 5 mars environ, elle remarqua dans le pli de l'aîne une grosseur qui était accompagnée de rougeur de la peau ; à son dire, elle n'aurait jamais eu ni écorchure, ni bouton. Elle n'aurait suivi aucun traitement antisypilitique.

A son entrée dans le service, nous constatons dans l'aîne gauche un gros ganglion, à grand diamètre transversal ; la peau est rouge à ce niveau ; le palper, qui est un peu douloureux, indique qu'il n'existe aucune fluctuation. Sur la grande lèvre gauche, on trouve une petite cicatrice, qui n'est pas indurée. Ganglions inguinaux indolents, à droite.

Sur la paroi abdominale, un peu au-dessus du mont de Vénus, on trouve une papule squameuse, présentant une teinte de jambon. A la région cervicale, il existe quatre petites papules semblables, en même temps que de l'adénopathie. Tels sont les seuls accidents que nous avons pu constater sur la mère. Quant à l'enfant, qui n'a pu être observé que jusqu'au 13 avril, époque à laquelle la mère a quitté le service, il n'a présenté aucune manifestation syphilitique.

OBSERVATION XXIII.

Mère syphilitique ; accouchement à 8 mois d'un enfant vivant qui, observé pendant douze jours, n'a présenté aucun accident spécifique ; altérations du placenta, du cordon et des membranes.

Joséphine V., 20 ans, ouvrière, enceinte de huit mois, entre à la Maternité le 1^{er} avril 1883, et y accouche le même jour d'un enfant du sexe féminin, pesant 2440 gram. On s'aperçoit d'accidents secondaires ; il existe sur la grande lèvre gauche une syphilide papuleuse et quelques syphilides papulo-érosives ; on trouve également des papules érosives dans le pli génito-crural du même côté ; adénopathie biinguinale, multiple, indolente. Interrogée au sujet de ces accidents, la malade ne nous donne aucun renseignement sur le début et la marche de son affection. Nous ignorons si elle a suivi un traitement. La fille V. quitta le service le 12 avril. Au moment de sa naissance et pendant les quelques jours, où nous avons pu l'observer, l'enfant ne nous a présenté aucun accident de nature syphilitique. Il était nourri par sa mère.

Examen du placenta :

Cet organe pèse 540 gram. A l'état frais, il présente, sur ses deux faces et à la coupe, une teinte blanchâtre.

Un morceau de placenta est placé dans l'acide picrique, où on le laisse près de deux mois. On procède alors à l'examen microscopique des villosités, et on constate ce qui suit :

L'épithélium est très net. Les villosités paraissent plus épaisses que normalement. Dans les villosités que nous avons examinées, le vaisseau a disparu. Si l'on traite les villosités par l'acide osmique, ce réactif y révèle une assez grande quantité de graisse. En outre, les villosités renferment un très grand nombre de granulations analogues à des noyaux de cellules de nouvelle formation ; quelques unes de ces cellules s'échappent hors des villosités. Ces granulations ne sont pas colorées par l'acide osmique.

Examen du cordon ombilical.

A l'œil nu, la veine ombilicale nous paraît avoir un développement bien plus grand que normalement.

Examen microscopique : 1° A faible grossissement, on est frappé du grand diamètre de la veine ombilicale. Le cordon paraît nettement divisé en deux parties à peu près égales, suivant un de ses diamètres. Une des moitiés du cordon semble constituée par du tissu fibreux, l'autre moitié par le tissu muqueux normal.

2° Avec un fort grossissement, le tissu fibreux, signalé plus haut, paraît constitué par la soudure bout à bout des prolongements cellulaires des anciennes cellules, dont le corps est encore un peu visible sur le trajet des fibres (renflement granuleux). Le tissu muqueux a un aspect normal.

Examen des membranes.

Elles s'écartent beaucoup du type normal. Dans le chorion, on rencontre des cellules qui sont remarquables par leur grosseur. Dans l'amnios, il existe du tissu fibreux.

OBSERVATION XXIV.

Début des accidents secondaires à six mois de grossesse ; entre sept mois et sept mois et demi de grossesse, on commence le traitement mercuriel ; accouchement à huit mois et demi d'un enfant vivant qui, observé pendant onze jours, n'a présenté aucun accident spécifique ; altération du placenta et du chorion.

L., Marie, femme F., 37 ans, devint enceinte pour la 12^e fois dans les premiers jours du mois d'octobre 1882. Sauf deux fausses couches que la femme attribue à des frayeurs, les grossesses antérieures furent normales. Le dernier enfant est né en 1877 ; il serait mort cette année, de la fièvre typhoïde.

La femme F... s'était toujours bien portée lorsque, vers le 6 avril 1883, elle s'aperçut de boutons aux parties génitales, et de taches sur le corps. Elle est allée à la consultation de

l'hôpital Saint-Charles, où elle a été vue par M. le Dr Ganzinotty, chef de clinique, qui a eu l'obligeance de nous donner les renseignements suivants :

Le mari a été contaminé le 1^{er} janvier 1883. Il eut un chancre sur le frein de la verge, en février, et une roséole au commencement de mars. Le 10 mai, on constatait une cicatrice du chancre sans induration, des syphilides du scrotum, de l'alopécie, des syphilides papuleuses sur le front.

Quant à la femme, les accidents secondaires débutaient chez elle, le 6 avril environ, par de la roséole, des plaques muqueuses à la vulve, de la céphalée, des maux de gorge. Le 10 mai, la malade présentait des taches d'un rouge foncé sur tout le corps, quelques plaques muqueuses sur les amygdales et des syphilides papuleuses sur les grandes lèvres ; ulcération sur le col. Traitement : 1 pilule de proto-iodure d'hydrargyre de 0,05 et 2 cuillerées à café de sirop de Gibert.

17 mai. — La roséole pâlit très-peu sur le tronc ; elle persiste sur le ventre et les cuisses. Les plaques muqueuses de la gorge ont disparu. Les syphilides des grandes lèvres sont en voie de cicatrisation.

Même traitement.

27 mai. — Les syphilides vulvaires sont complètement cicatrisées. Rien à la gorge. Persistance de la roséole, qui a un aspect cuivré. On continue les pilules de proto-iodure ; 3 cuillerées à café par jour de sirop de Gibert ; frictions avec onguent napolitain.

7 juin. — On a fait des frictions avec l'onguent napolitain (4 paquets de 4 grammes). Après les frictions, les taches de roséole, qui avaient été tenaces pendant 2 mois, ont complètement disparu.

A son entrée à la Maternité, le 15 juin, la femme F... ne

présente aucun accident spécifique ; on trouve seulement dans l'aîne droite un ganglion volumineux, indolent.

Elle accouche le même jour d'un enfant vivant, du sexe masculin, pesant 2,800 grammes. Diamètres du crâne : bi-pariétal, 8 1/2 ; occipito-frontal, 11 ; sous-occipito-ment., 12. Le liquide amniotique est abondant et de couleur verdâtre. L'enfant, qui n'a pu être observé que jusqu'au 26 juin, époque à laquelle la mère a quitté le service, n'a présenté aucune manifestation syphilitique.

Examen du placenta.

Cet organe est pâle ; il pèse 650 grammes. Sur sa face utérine, on trouve plusieurs petites plaques d'aspect lardacé ; l'examen histologique de ces plaques n'a pas été fait. Les villosités ne nous ont présenté d'autre altération que la présence, dans quelques-unes, de nombreuses granulations.

A l'examen des membranes, nous avons trouvé dans le chorion de vastes cellules, caractérisées par leur volume considérable. L'examen ne nous a rien présenté de particulier.

SECONDE PARTIE

L'étude de la syphilis chez la femme enceinte et de l'influence de la vérole maternelle sur le produit de la conception soulève les questions suivantes, que nous allons successivement passer en revue :

1° La marche de la syphilis est-elle influencée par l'état de grossesse ?

2° A son tour, la syphilis exerce-t-elle une action sur la grossesse ? et cette action, comment se manifeste-t-elle ?

3° Dans le cas de syphilis maternelle, l'enfant est-il infecté ?

1° Influence de la grossesse sur les accidents syphilitiques.

La grossesse exerce une double action : une action locale, en congestionnant la vulve et y préparant un terrain favorable pour le développement des accidents spécifiques ; une action générale, en débilitant une femme déjà anémiée par le fait même de la syphilis et chez laquelle la diathèse sera d'autant plus forte qu'elle trouvera moins de résistance.

Cernatesco (thèse de Paris, 1875), s'appuyant sur des observations prises dans le service de M. Fournier, a montré la persistance du chancre infectant et des syphilides vulvaires sous l'influence de la grossesse. Nous voyons cette opinion

confirmée par M. Fournier, dans son ouvrage sur la syphilis chez la femme. Guérin, cité par Charpentier, a constaté que, chez les femmes enceintes atteintes de syphilis, les lésions vulvaires résistaient au traitement général et local, et que leur disparition aux parties génitales était suivie de leur reproduction à l'isthme du gosier, à la langue, aux lèvres. Sous l'influence de la grossesse, non-seulement le chancre et les syphilides vulvaires persistent plus longtemps, mais encore ces accidents présentent un développement remarquable et subissent des modifications spéciales. Le chancre, qui chez la femme non gravide est quelquefois si petit qu'il passe inaperçu, présente chez la femme enceinte une étendue plus grande, une induration plus prononcée et s'accompagne fréquemment d'une turgescence des grandes ou des petites lèvres, qui persiste après la disparition de l'accident primitif. Dans le cas de grossesse, la coloration du chancre peut aussi varier ; on a le chancre multicolore, appelé aussi chancre en cocarde ; d'autres fois, c'est le chancre violacé, dont la teinte a été comparée par Fournier à celle de la pensée. Quant aux syphilides vulvaires, elles présentent une exubérance remarquable ; ce sont des papules hypertrophiques qui envahissent toute la zone génitale. Cernatesco est allé jusqu'à dire que les lésions vulvaires étaient capables de déterminer l'avortement. La prompte disparition des accidents après l'accouchement montre bien qu'ils étaient entretenus par l'état de grossesse. Si nous consultons nos observations, nous trouvons dans l'Observation XII un chancre typique ; il est large, offre une dureté ligneuse, et présente des zones concentriques de teintes différentes qui le font ressembler à une cocarde ; cet accident disparaît, il est vrai, avec un traitement ; mais il laisse derrière lui une sclérose et un œdème qui persistent jusqu'à l'accouchement. Dans l'Observation X, quatre mois et demi

après le début de l'infection, nous voyons encore une érosion chancreuse, de l'étendue d'une pièce de 50 centimes, et qui ne paraît pas en voie de réparation. Dans l'Observation III, où le traitement fut nul, et dans l'Observation VI, où l'on donna le mercure, la sclérose initiale persista jusqu'à l'expulsion du produit de la conception. Enfin, l'Observation XV nous montre deux chancres, grands comme une pièce de 50 centimes, qui malgré le traitement continuent à s'étendre et ne disparaissent ensuite qu'en laissant après eux une sclérose persistante.

Mais d'autre part (v. Observ. II et XI), on voit l'accident punitif disparaître avec un traitement, et dans l'Observation XXII, si le dire de la malade est vrai, le chancre n'a pas été traité et s'est réparé promptement eu égard à l'état de grossesse. Quant à la persistance des accidents secondaires de la zone génitale chez la femme enceinte, je citerai, d'une part, les Observations I, IV, IX, XI, où l'on voit les accidents vulvaires résister au traitement mercuriel, et, d'autre part, l'Observation III, où l'on ne trouve pas d'accident à la vulve quoiqu'il y ait eu absence de traitement, et l'Observation XII, où la vulve est saine et cependant il existe sur le corps des accidents secondaires et le traitement a été nul. Ce sont là les cas les plus opposés que je mets en regard. Mais, si nous prenons toutes les Observations, il nous semble qu'on en peut tirer cette conclusion qui n'a rien d'absolu : la grossesse favorise le développement des accidents vulvaires et en retarde la guérison, en même temps qu'elle prédispose (plusieurs de nos Observations en font foi) à l'œdème des grandes et des petites lèvres et à la tuméfaction scléreuse de ces parties.

Chez aucune de nos malades, nous n'avons trouvé d'accidents tertiaires, lesquels du reste se rencontrent très rarement chez les femmes enceintes.

2° Influence de la syphilis sur la grossesse.

Il est incontestable, et c'est un fait admis par presque tous les médecins, que la vérole abrège la durée normale de la grossesse, qui se termine alors par un avortement ou un accouchement prématuré. Pour M. Fournier, et il cite à l'appui la statistique de Lourcine, non-seulement la syphilis prédispose à l'avortement, mais encore elle entre dans le nombre total des avortements pour une part considérable. Si, avec Charpentier, nous réunissons les statistiques de Dunal, Fournier, Lepileur, Fonberg et Sigmund, Weber, Coffin, nous arrivons à cette conclusion : que sur un total de 657 femmes syphilitiques, il y a eu 426 accouchements à terme (enfants vivants et morts) et 231 avortements. D'après le Dr Blaise (1), la fréquence de l'avortement serait marquée par le rapport de 36,8 pour 100.

S'il nous est permis de citer nos quelques observations, nous voyons que sur 23 femmes syphilitiques, il y a eu 6 avortements, 11 accouchements prématurés et 6 accouchements à terme.

Je dois ajouter que, dans deux observations, on peut se demander si la syphilis seule doit être regardée comme cause de l'avortement. Dans l'Observation I, où il s'agit d'une femme à bassin uniformément rétréci, faut-il accuser un arrêt de développement de l'utérus ? Si l'on considère d'une part le grand nombre de femmes dont le bassin est rétréci et dont la grossesse n'est pas interrompue, et d'autre part la fréquence de l'avortement chez les femmes syphilitiques, on sera conduit à admettre que dans notre Observation c'est encore la vérole qui est la principale, sinon l'unique cause de l'avortement. Dans l'Observation III, le fœtus a présenté de l'ascite et une

(1) Thèse d'agrégation. 1883.

dilatation considérable de la vessie. Nous ne voulons pas discuter ici la part qui peut revenir à la syphilis, dans l'étiologie des diverses anomalies qu'on a trouvées à l'examen du fœtus; et nous nous bornerons à reconnaître que, dans ce cas, la cause directe de l'avortement n'est pas la syphilis.

L'influence de la syphilis sur l'avortement et l'accouchement prématuré étant établie, étudions maintenant dans quelles conditions s'exerce cette influence.

Nous n'avons pas à nous occuper ici de l'influence paternelle; ce serait sortir de notre sujet. Qu'il nous suffise de dire que la vérole du père peut, à elle seule, produire l'avortement et l'accouchement prématuré (1); et qu'à plus forte raison, ces accidents sont à redouter, si les deux générateurs sont syphilitiques.

Trois cas peuvent se présenter :

1° La femme est déjà syphilitique au moment de la conception; l'infection alors peut être ancienne ou récente;

2° L'infection a lieu à peu près dans le même moment que la conception;

3° La femme est infectée pendant le cours de la grossesse.

La femme qui devient enceinte étant syphilitique, est bien plus prédisposée à l'avortement que la femme grosse qui prend la vérole (2). Dans nos observations, nous ne trouvons que deux femmes qui aient présenté des accidents spécifiques avant la conception; or toutes les deux ont avorté, l'une à cinq mois et demi, l'autre à six mois et demi.

L'avortement est fortement à craindre, lorsque le début de l'infection coïncide presque avec celui de la grossesse; plus à

(1) Thèse d'agrégation du Dr Blaise, p. 54.

(2) Fournier, *Leçons cliniques*; Parrot, *Gaz. des Hôpitaux*, 1877, p. 538.

craindre encore, lorsque le coït fécondant est à la fois le coït infectant et qu'ainsi, comme l'avons vu, à l'influence paternelle va se joindre l'influence de la mère (1). Telle est l'opinion généralement admise.

Prenons maintenant nos observations. De quatre femmes, chez lesquelles l'infection a débuté en même temps que la grossesse, l'une (Observ. VI) avorte à six mois et demi, l'autre (Observ. X) accouche à huit mois et demi d'un fœtus macéré, les deux dernières (Observ. XVI et XVII) accouchent à terme d'enfants vivants, et cependant, dans l'observation XVII, la malade était enceinte de huit mois quand on a commencé le traitement mercuriel. Si la femme est infectée pendant le cours de la grossesse, elle peut encore avorter ou accoucher prématurément.

Il est évident que plus est tardive la contagion, plus on a de chances de voir la grossesse aller à terme ; mais cependant, dans nos observations il existe des cas où la syphilis, quoique survenue après le quatrième ou le cinquième mois, a paru abréger la durée de la grossesse.

Nous devons encore nous demander si l'âge de la vérole et si son intensité ont de l'influence sur son action abortive. Nos observations personnelles ne portent que sur des malades arrivées à la période secondaire. C'est cette période que Fournier et Parrot ont surtout accusée de prédisposer à l'avortement. Mais il ne faut pas croire que pour être ancienne, la syphilis ne soit plus dangereuse ; car souvent, plusieurs années après le début de l'infection, on voit se produire des avortements ou des accouchements prématurés qui ne paraissent pas avoir d'autre cause.

(1) Si la mère était seule infectée au moment de la conception, l'avortement, d'après Ricord, n'aura lieu qu'après le quatrième mois. *Traité de s Maladies vénériennes.*

Quant à l'intensité de la maladie, on peut poser cette règle, qui n'est pas absolue, que plus la vérole maternelle est grave, plus l'avortement est à redouter.

Il est difficile de dire à quelle époque de la grossesse correspond le plus fréquemment l'expulsion prématurée du fœtus ; car il faut faire entrer ici en ligne de compte la date de l'infection, la gravité de la maladie, l'influence du traitement et l'état de santé du père. Aussi, les auteurs varient-ils sur ce point. Pour Bouchut, l'avortement survient entre le cinquième et le septième mois ; Parrot pense que c'est vers le septième et le huitième mois qu'a lieu le souvent l'expulsion du produit de la conception. Nous avons vu que, dans nos observations, sur 23 accouchements il y avait 6 avortements (entre cinq mois et demi et sept mois) et 11 accouchements prématurés.

Il nous reste maintenant à étudier comment la syphilis peut abrégier le cours de la grossesse, quel est son mode d'action.

On a accusé la syphilis de provoquer, par l'anémie qu'elle détermine, des troubles de nutrition et d'innervation du côté de la matrice, lesquels à leur tour produiraient l'avortement.

Pour Blaise, la vérole agirait comme l'intoxication saturnine, en portant atteinte à la santé de la mère et en exerçant une action directe sur le produit de la conception.

Est-ce simplement comme maladie générale que la syphilis prédispose à l'avortement ? Son action abortive est-elle simplement due à une altération du sang maternel, ou existe-t-il des lésions capables d'interrompre le cours normal de la grossesse ?

Passons successivement en revue les diverses parties qui entourent le fœtus, et voyons quelles altérations y détermine la syphilis.

Lésions de la caduque. — On a regardé la syphilis comme une des causes de l'inflammation chronique de la caduque.

Cette inflammation consiste en une prolifération conjonctive, avec induration et épaissement de la caduque. Il peut aussi se produire une hyperplasie des fibres musculaires sous-jacentes. L'avortement n'est pas fatal. Quand il a lieu, il est dû à l'altération de la caduque, ou à l'irritation des nerfs utérins. Pour Schröder, Spiegelberg et Duncan, cette altération ne serait pas la cause de la mort du fœtus, mais lui serait au contraire consécutive.

Quand l'altération porte sur la muqueuse inter-utéro-placentaire, l'avortement est surtout fort à craindre.

Lésions du chorion. — Braun, cité par Blaise, a rapporté le cas d'une femme syphilitique chez laquelle une infiltration diffuse du tissu conjonctif de nouvelle formation dans le chorion amena son atrophie et l'avortement.

Nous avons examiné trois chorions provenant de femmes syphilitiques, et chaque fois nous avons rencontré des altérations. Ce qui caractérisait ces chorions était la présence de cellules volumineuses, que nous n'avons pas retrouvées dans des chorions provenant de femmes non syphilitiques. Ces altérations ont été constatées par M. le professeur Morel. Les trois chorions anormaux appartenaient l'un à une femme qui est accouchée d'un enfant paraissant né avant terme, et présentant peu après sa naissance des accidents cutanés (Observation XXI); le second, à une femme qui est accouchée à 8 mois d'un enfant ne présentant aucun accident spécifique (Observation XXIII); le troisième, enfin, provenait d'une femme qui est accouchée à 8 mois et demi d'un enfant qui ne présentait pas d'accidents (Observation XXIV). (Les portions de membranes, que nous avons examinées, ont été prises à 5 centimètres de distance du bord du placenta.)

Lésions de l'amnios. — *Hydramnios.* — Nous avons examiné l'amnios chez trois femmes syphilitiques (v. Observ.

XXI, XXIII et XXIV), et deux fois nous y avons rencontré du tissu fibreux parfaitement caractérisé; la présence de ce tissu a été constatée par M. le professeur Morel. Dans les Observations XXI et XXIII, les altérations de l'amnios existaient en même temps que celles du chorion; de sorte que l'on peut penser que, sous l'influence de la syphilis, il se serait produit dans les membranes une hypertrophie générale portant sur le tissu cellulaire et sur le tissu conjonctif.

Burns, en 1839, avait observé que la syphilis, quand elle existait chez le père et la mère, pouvait produire l'hydramnios. Parmi les observations récentes, Charpentier cite celles de Bourgarel, Preel, Depaul, Guéniot, Charpentier, Sallinger. Dans de nombreux cas, on constata chez le fœtus des lésions syphilitiques incontestables. Mais, d'autre part, il existe des observations d'hydramnios, où la mère est syphilitique, et où le fœtus, le placenta et les membranes n'offrent aucune lésion.

Dans *ses leçons sur la syphilis chez la femme*, M. Fournier dit avoir vu quatre fois l'hydramnios compliquer des grossesses survenues chez des femmes syphilitiques à la période secondaire et signale le fait à l'attention des accoucheurs. D'après Bar, l'hydramnios semble inconnu chez la femme syphilitique qui vient d'être infectée; il faut, pour qu'il se produise, que des lésions du fœtus ou des annexes viennent entraver la circulation dans le système de la veine ombilicale (1).

Toujours d'après le docteur Bar, c'est surtout quand, chez une femme syphilitique, l'hydramnios se montre rapidement vers les quaritième, cinquième, sixième mois, c'est-à-dire au moment où les lésions viscérales du fœtus sont le plus souvent

(1) V. Bar, *Hydramnios, sa pathogénie, ses relations avec la syphilis* (Thèses de Paris, 1881).

en pleine évolution, qu'on doit porter un pronostic défavorable pour l'enfant.

Nous avons vu deux fois l'hydramnios compliquer la grossesse (v. Observations VI et XX). Dans les deux cas, nous avons trouvé du tissu fibreux dans le cordon ombilical.

Nous nous bornerons à rappeler que dans l'Observation VI, il se produisit un avortement à six mois et demi, et que, dans l'Observation XX, la femme accoucha prématurément à 8 mois.

Boureau (1) cite une observation d'hydramnios chez une femme syphilitique ; on trouva le cordon ombilical infiltré ; mais Boureau pense qu'un examen histologique aurait pu faire reconnaître, non pas l'existence d'un tissu œdématié, mais la présence d'un tissu muqueux en très grande abondance ; ce qui expliquerait la production de l'hydramnios.

Lésions du placenta. — Murat (2), en 1820, signalait, chez les femmes syphilitiques, certaines taches noirâtres du placenta, et attribuait ces taches à des décollements et à des hémorrhagies. En 1850, Paul Dubois, regardant ces taches comme produites par un trouble de la circulation du placenta, leur refuse tout caractère spécifique. Simpson signale l'anémie placentaire dans le cas de syphilis. Lebert rencontra, chez des femmes syphilitiques à la période secondaire, des granulations jaunâtres qui étaient situées entre l'amnios et le chorion, et qui offraient un aspect tuberculeux. Au microscope, ces granulations ressemblaient à de la matière tuberculeuse.

Mackensie remarqua aussi ces granulations et des noyaux fibrineux dans un cas de syphilis avec mort du fœtus ; mais il ne leur attribua aucune valeur spécifique.

(1) Boureau (*Thèses Paris*, 1879).

(2) Ces quelques lignes d'historique sont empruntées à Frænkel.

Virchow, le premier, essaya de distinguer les lésions de la surface maternelle de celles de la surface fœtale du placenta.

Slavjansky et Kleinwächter observèrent six cas de fœtus mort-nés et macérés, dont les mères étaient syphilitiques. Aucun fœtus ne présentait de lésions capables d'expliquer la mort; mais, dans tous ces cas, il existait des noyaux fibreux allant de la surface maternelle du placenta jusque dans la profondeur de l'organe. La partie externe de ces noyaux était ferme et grisâtre; au centre, on trouvait une masse molle, caséeuse et jaunâtre. Les villosités fœtales présentaient un peu de dégénérescence graisseuse.

(Edmansson, dans des cas de syphilis, trouva dans le placenta des lésions qui consistaient tantôt en une inflammation diffuse, tantôt en une hypertrophie des villosités.

En 1873, paraît le travail de Fränkel (*Archiv für Gynaekologie*) (1). Jusque-là, comme le remarque Fränkel et comme on peut le voir par les lignes précédentes, les diverses lésions du placenta avaient été regardées comme spécifiques. Complétant les recherches de Kilian, Robin, Neumann, Virchow et Ercolani, Fränkel précise les lésions syphilitiques du placenta et les conditions dans lesquelles elles se produisent. Voici ses conclusions :

1° Il existe un placenta syphilitique, et ce placenta présente des caractères spéciaux.

2° Le placenta syphilitique ne se rencontre que dans les cas de syphilis fœtale, héréditaire ou congénitale.

3° Le siège de la lésion varie, selon que la mère reste saine et que le virus du père agit directement sur l'œuf au moyen du sperme, ou que la mère aussi est malade. Dans le premier

(1) Nous remercions M. Kraus d'avoir mis gracieusement à notre disposition sa connaissance de la langue allemande.

cas, les villosités sont dégénérées et remplies de granulations qui les déforment et produisent l'oblitération, puis la disparition des vaisseaux. Ces lésions sont souvent compliquées par un épaissement du revêtement épithélial des villosités. Telles sont les lésions que l'on trouve quand le placenta est malade.

4° Quand la mère est syphilitique, trois cas peuvent se présenter :

a) La mère est infectée pendant l'acte de la génération en même temps que le fœtus ; avec des lésions des villosités, il peut se développer des lésions dans la surface maternelle du placenta (endométrite placentaire) ; mais cela n'est pas constant.

b) La mère était déjà syphilitique au moment de la conception, ou a été infectée peu après la conception ; le placenta peut rester normal, ou devenir malade ; dans ce dernier cas, on trouve l'endométrite gommeuse.

c) La mère n'a été infectée que dans les derniers mois de la grossesse (du 7^e au 10^e mois). Dans le cas où le père était encore bien portant à l'époque de la conception, le fœtus est indemne et le placenta affranchi des altérations citées plus haut.

5° L'infection du fœtus lors de son passage à travers les voies génitales de la mère est rare, et n'a pas encore été démontrée d'une manière certaine.

Voyons maintenant comment les lésions de la surface fœtale et de la surface maternelle du placenta peuvent amener la mort du fœtus et abréger le cours de la grossesse.

Les granulations, qui tendent à remplir les villosités par la compression qu'elles exercent sur les vaisseaux, en déterminent l'atrophie, et en amènent la disparition. Le champ de l'hématose placentaire est ainsi diminué, et le fœtus est placé

dans la situation d'un phthisique qui s'affaiblit par apnée. Tel est, dans le premier cas, le mécanisme de la mort du fœtus.

Etudions comment les choses se passent, quand les lésions portent sur la surface maternelle du placenta. Nous avons trouvé la description de ces lésions dans les observations de Frænkel (1) et Kronid Slavjanski (2). Dans l'observation de Frænkel, la surface maternelle du placenta était épaissie, et ses divisions en lobes étaient comme effacées. Sur six points différents, la surface maternelle était décolorée et ne se laissait nullement détacher de la partie fœtale. Sur une coupe perpendiculaire à la face utérine, on voit la partie épaissie de la surface maternelle se prolonger dans la profondeur de la partie fœtale sous la forme de tumeurs qui présentent à la périphérie une coloration d'un gris blanchâtre et un aspect filamenteux et renferment au centre une masse jaune et ramollie. De la périphérie de ces tumeurs, partaient des prolongements qui se dirigeaient en rayonnant vers le tissu normal; d'autres prolongements épaissis cheminaient vers la profondeur du placenta. Les tumeurs étaient surtout composées de tissu conjonctif, et renfermaient des cellules finement granuleuses. En pénétrant dans la profondeur de l'organe, les prolongements comprimaient les villosités et en déterminaient l'atrophie. Pour Frænkel, l'existence de l'endométrite placentaire gommeuse est un fait certain. Cette lésion est une cause d'avortement; cependant, dans une observation de Frænkel, nous la voyons déterminer seulement une hémorrhagie et un accouchement prématuré (4 semaines avant terme). La reproduction de l'endométrite placentaire à chaque

(1) *Archiv für Gynaekologie*.

(3) *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1873-74.

grossesse expliquerait les avortements successifs qui se produisent chez certaines femmes.

Dans l'observation de Slavjanski, la surface maternelle du placenta était épaissie par place, et ne pouvait être séparée de la partie foetale qu'avec difficulté et qu'en certains points seulement. Dans les endroits épaissis, on trouve des nodosités qui s'enfoncent comme des coins dans la partie foetale. A la section, ces nodosités présentent une surface extérieure d'aspect légèrement fibreux et de couleur grise, et une partie centrale plus molle, jaune, offrant par place un aspect caséeux. Entre la couche grise et la masse jaune, la limite n'est pas très-nette. De la couche grise périphérique, partent de nombreux prolongements qui s'enfoncent dans la partie foetale et y forment un réseau, dans les mailles duquel est logé le tissu spongieux. Un réseau semblable, mais moins développé, existe dans les endroits de la surface maternelle où l'on ne trouve pas de nodosités. Sans entrer ici dans les détails histologiques, nous nous bornerons à dire que le réseau de la surface foetale est constitué par de grosses cellules et par une substance intercellulaire grossièrement fibreuse. Dans les mailles les plus larges, les villosités ne sont pas comprimées; elles sont intactes. Là où elles sont comprimées, elles s'atrophient. Quant aux nodosités (gommés), on trouve à leur périphérie du tissu conjonctif grossièrement fibreux, contenant des cellules rondes et fusiformes assez nombreuses; au centre de la nodosité, on rencontre des vestiges de fibres et des cellules.

Il ressort de ces descriptions que la syphilis de la surface maternelle du placenta peut causer la mort du fœtus et l'avortement : 1° en amenant un épaississement plus ou moins étendu de cette partie du placenta; 2° en produisant, secondairement, la compression, puis l'atrophie des villosités.

Partageant les idées de Fränkel, Macdonald admet aussi

l'existence d'un placenta syphilitique caractérisé par la présence de lésions, qui occupent la surface foétale ou maternelle de l'organe, suivant que l'infection vient du père ou de la mère ; Pour Macdonald, le placenta syphilitique est plus pâle et plus volumineux que le placenta normal ; et bien des fois, faute de recourir au microscope, on a attribué des lésions spécifiques à une dégénérescence graisseuse.

Voyons maintenant si l'opinion de Frænkel est devenue l'opinion générale, et si l'existence du placenta syphilitique doit être regardée comme un fait établi.

Dans sa distinction des lésions placentaires, Frænkel admet que le virus syphilitique du père peut agir directement sur l'œuf au moyen du sperme et que, dans ce cas, la mère peut rester saine. Nous ne discuterons pas ici cette opinion, et nous nous bornerons à dire qu'elle est contestée par Langlebert, Mireur, Owre et Jullien.

Admise sans discussion par la plupart des auteurs allemands, la théorie de Frænkel a été attaquée en Angleterre, par Lawson Tait (1), qui reproche à Frænkel d'avoir conclu que toutes les femmes qui avaient eu deux ou trois fausses couches et dont les placentas avaient présenté quelque altération, étaient syphilitiques, et d'avoir décrit comme telles les altérations observées.

En France, la plupart des auteurs n'admettent pas de lésions syphilitiques du placenta. En 1879, dans une discussion à l'Académie de Médecine, au sujet d'un placenta que M. Hervieux présentait comme syphilitique et dans lequel M. Malassez avait trouvé des tumeurs ressemblant à des gommes, M. Tarnier a déclaré avoir examiné au moins cin-

(1) Thèse d'agrégation du Dr Duchamp.

quante placentas de femmes certainement syphilitiques et n'y avoir jamais découvert aucune lésion caractéristique de la vérole. De plus, sur des placentas non syphilitiques, M. Tarnier a souvent trouvé des tumeurs semblables à celles décrites par M. Hervieux. M. Depaul partage l'opinion de M. Tarnier au sujet de la spécificité des lésions placentaires.

M. de Sinéty (1), qui a examiné un grand nombre de placentas provenant de femmes manifestement syphilitiques, n'a pas toujours rencontré de lésions; mais lorsque le placenta était malade, les altérations ont toujours été les mêmes. Elles consistaient en l'hypertrophie et en la dégénérescence fibreuse de la villosité, et en la présence d'îlots caséeux. Quoiqu'il n'ait pas trouvé cet ensemble d'altérations en dehors de la syphilis, M. de Sinéty ne tranche pas la question de la spécificité de la lésion; il ne nie pas qu'une maladie autre que la vérole ne puisse produire ces lésions; mais, comme il ne l'a jamais constaté, il soupçonne la syphilis sans l'affirmer, lorsqu'il constate ces trois altérations. Dans deux cas, ces soupçons ont eu leur confirmation clinique (v. th. Duchamp, p. 73).

Nous avons examiné treize placentas provenant de femmes syphilitiques. Sept ont été simplement examinés à l'œil nu : deux seulement nous ont paru sains (voir Observations II et XVII); les cinq autres (voir Observations I, IV, VII, X, XIII) étaient pâles et présentaient, sur leur deux faces et sur des coupes faites dans leur épaisseur, un aspect grasseyé ou fibreux; dans l'Observation X, la surface fœtale de l'organe paraissait saine, mais la surface maternelle offrait un aspect grasseyé et renfermait des foyers hémorrhagiques volumineux. Dans l'Observation XIII, la lésion, au lieu de s'étendre à

(1) Duchamp.

tout le placenta, était pour ainsi dire circonscrite à divers points où l'on trouvait de petites masses, d'un aspect fibro-graisseux et sur la nature desquelles nous ne pouvons nous prononcer, l'examen microscopique n'ayant pas été fait. Nous rappellerons que dans les Observations IV, VII, X, les fœtus étaient morts et macérés. Nous pensons qu'on peut attribuer la mort aux lésions placentaires.

Six placentas ont été soumis à l'examen microscopique ; un seul a été trouvé normal (voir Observation VI). Les cinq autres étaient altérés. A l'œil nu, ils présentaient soit simplement de la pâleur, soit un aspect fibro-graisseux. A l'examen microscopique, on trouvait, à des degrés différents, des altérations des villosités. Celles-ci étaient hypertrophiées ; dans leur intérieur, on rencontrait de la graisse et un grand nombre de granulations analogues à des noyaux de cellules de nouvelle formation ; les vaisseaux étaient fibreux, atrophies (voir Observations V, VIII, XXI, XXIII, XXIV).

Lésions du cordon ombilical. — Oedamson (1) crut avoir trouvé dans les vaisseaux du cordon des lésions caractéristiques, consistant en athérome avec dégénérescence calcaire de la tunique interne et thrombose dans les vaisseaux collatéraux. L'auteur établit des différences, suivant que la syphilis a été communiquée par le coït fécondant, ou qu'elle est survenue avant la conception, ou après celle-ci. Dans le premier cas, il a observé constamment l'inflammation, la sclérose et le rétrécissement de la tunique interne des vaisseaux du cordon, et presque toujours la thrombose de la veine ombilicale. Lorsque la syphilis survenait après la fécondation, ces lésions artérielles faisaient défaut, et les altérations siégeaient surtout dans le placenta.

(1) Thèse de Duchamp.

Léopoldt, cité par Blaise, rapporte avoir trouvé, dans les cordons syphilitiques, un rétrécissement pathologique et un épaissement des parois au niveau du rétrécissement physiologique de la veine ombilicale, c'est-à-dire à 8 ou 10 centimètres de l'insertion placentaire. En son milieu, la veine était élargie; elle atteignait 12 à 15 millimètres de diamètre, au point qu'il pouvait y avoir rupture de la veine et épanchement sanguin dans la gélatine de Wharton.

Braun, cité par Blaise, a attribué à la syphilis une hyperplasie du tissu conjonctif amenant l'atrophie du cordon et la mort du fœtus.

Si nous passons à nos observations, nous voyons que, de quatre cordons dont l'examen microscopique a été fait, un seul était normal (v. Observation XXI); les trois autres présentaient un état fibreux (v. Observations V, VI, et surtout XXIII, où la description est la plus complète).

Dans l'observation VI, il y eut avortement à six mois et demi, et expulsion d'un fœtus macéré; le placenta était sain.

Ainsi donc, dans les cas d'expulsion d'un fœtus mort, nous avons trouvé des altérations soit du placenta, soit du cordon. (Dans l'Observation XI, cet examen n'a pas été fait.)

Quant à l'état de macération que nous ont présenté les fœtus, nous le regardons comme un phénomène post-mortem et nous nous bornons à constater sa fréquence dans le cas de syphilis.

En résumé, nous pensons que les lésions du placenta et du cordon sont fréquentes chez les femmes syphilitiques et peuvent déterminer la mort du fœtus et son expulsion avant terme.

3° Transmission de la syphilis de la mère à l'enfant.

Diday reconnaît deux origines à la syphilis congénitale ;

» 1° C'est l'ovule qui est vicié; et il peut l'avoir été soit par

la mère qui l'a fourni, soit par le père qui l'a fécondé, si l'un ou l'autre, et à plus forte raison si l'un et l'autre étaient, à ce moment, syphilitiques (vérole ovulaire).

2° Si une fois la conception effectuée, la mère devient syphilitique, elle transmet le mal au fœtus par les communications vasculaires qui unissent les deux êtres. De même, le fœtus procréé syphilitique par son père, seul malade, peut, par les mêmes communications, infecter sa mère (vérole sanguine). »

Si l'influence paternelle, admise par Ricord, Depaul, Fournier et Diday, est contestée par Langlebert, Mireur et Jullien, l'influence de la syphilis de la mère sur le fœtus ne saurait être mise en doute ; tous les auteurs la regardent comme un fait établi. Nous admettons cependant que les enfants nés de parents syphilitiques puissent ne pas avoir la vérole, car, suivant la remarque de Ricord (1), chez l'enfant, comme chez l'adulte, il faut, pour la vérole constitutionnelle, une aptitude qui peut manquer. S'il est permis d'en juger d'après nos quelques observations, l'immunité complète serait rare, car nous n'avons vu que trois enfants, nés de mères syphilitiques, ne présenter aucune espèce d'accident, et encore nous ne les avons pas observés plus de treize jours (V. observations XXII, XXIII et XXIV). Nous n'avons pas à considérer ici l'influence de la vérole paternelle, de la vérole spermatique, comme on l'appelle aussi ; nous nous bornerons à rappeler que dans quatre observations nous pouvons regarder le père comme étant affecté de syphilis au moment de la conception (V. observations V, X, XVI et XVII).

Quant à l'influence de la syphilis de la mère, elle est telle, que dans une de nos observations (Obs. XIX), une femme pré-

(1) *Traité des maladies vénériennes*, Paris, 1862.

sente un chancre infectant à 7 mois et demi de grossesse et accouche un mois plus tard d'un enfant, qui seize jours après sa naissance présente des syphilides papuleuses à la région anogénitale. C'est par l'intermédiaire du placenta que la syphilis a été communiqué à l'enfant; le passage d'un virus à travers cet organe a été démontré par M. Chambrelent (1).

Une thèse entière ne suffirait pas pour exposer les lésions que peuvent présenter les enfants nés de parents syphilitiques. Nous ne donnerons pas ici un résumé des manifestations diverses de la vérole héréditaire; ce travail a été fait par Blaise (V. thèse d'agrégation, p. 111).

Dans l'impossibilité où nous sommes de pouvoir tirer des conclusions générales des faits trop peu nombreux que nous avons eu l'occasion d'observer, nous avons cru devoir nous borner à donner ci-après le résumé de nos observations personnelles pour servir de matériaux sincères à l'édification d'un travail général.

On comprendra facilement qu'au point de vue du traitement nous restions dans une réserve plus grande encore, en présence d'observations qui semblent se contredire.

Nous n'oserions dans cette circonstance hasarder une opinion positive.

Observation I. — Fœtus de cinq mois et demi; pas de lésions spécifiques.

Obs. II. — Fœtus de six mois; macules rougeâtres sur le corps.

Obs. III. — Malformation fœtale.

Obs. IV. — Fœtus macéré; pas de lésions spécifiques.

(1) *Gazette des hôpitaux*, 1883.

Obs. V. — Fœtus de six mois et demi ; péritonite ; congestion du foie et de la rate.

Obs. VI. — Fœtus macéré ; pas de lésions spécifiques.

Obs. VII. — Fœtus macéré ; lésions osseuses.

Obs. VIII. — Fœtus macéré ; pas de lésions spécifiques.

Obs. IX. — Fœtus macéré ; lésions osseuses.

Obs. X. — Fœtus macéré ; lésions osseuses.

Obs. XI. — Fœtus mort ; pas de lésions spécifiques.

Obs. XII. — Fœtus de sept mois et demi ; mort deux jours après la naissance ; pas de lésions spécifiques.

Obs. XIII. — Enfant chétif ; facies caractéristique ; mort huit jours après la naissance ; lésions osseuses.

Obs. XIV. — Enfant chétif ; facies caractéristique ; mains botes ; accidents cutanés (macules, érosions) ; mort à l'âge d'un mois ; congestion pulmonaire ; cœur, reins et foie gras ; lésions intestinales ; pas de lésions osseuses.

Obs. XV. — Premiers accidents, 18 jours après la naissance ; dépérissement ; facies caractéristique ; insomnie ; psoriasis à la paume des mains et à la plante des pieds ; macules rougeâtres ; érosions à la bouche ; mort de l'enfant à un mois et demi ; infiltration syphilitique des poumons ; foie gras ; lésions osseuses très prononcées.

Obs. XVI. — Premiers accidents à deux mois ; papules génitales ; enfant chétif.

Obs. XVII. — A trois mois, papule rosée à l'ombilic ; érosions au niveau du tendon d'Achillé et au niveau de la fesse.

Obs. XVIII. — A un mois, facies caractéristique ; insomnie ; (frictions mercurielles) ; amélioration de l'état général ; bronchite ; à quatre mois et demi, éruption papuleuse et maculeuse.

Obs. XIX. — 16 jours après la naissance, premiers accidents ; papules érosives ; plaques érythémateuses ; érosions sur les lèvres ; coryza ; accidents du côté du larynx ; polysarcie.

Obs. XX. — Trois jours après la naissance, macules cuivrées ; desquamation épidermique à la paume des mains et à la plante des pieds ; papules ; facies caractéristique.

Obs. XXI. — Huit jours après la naissance, éruption vésiculeuse ; eczéma rubrum ; érythème ; papules ; facies caractéristique.

Dans les observations XXII, XXIII et XXIV, les enfants n'ont présenté aucun accident spécifique ; mais ils n'ont pas été observés plus de 13 jours.

Vu :

Le Président de la thèse,

Nancy, le 1^{er} août 1883.

HERRGOTT.

Vu et permis d'imprimer :

Nancy, le 2 août 1883.

Le Recteur,

M. MOURIN.

QUESTIONS PROPOSÉES PAR LA FACULTÉ

- 1° CHIMIE. — Acide tartrique, principaux tartrates.
- 2° PHYSIQUE. — Effets des diverses radiations caloriques et lumineuses sur la nutrition, sur le développement, sur la respiration des êtres vivants.
- 3° HISTOIRE NATURELLE MÉDICALE. — Famille des Solanées.
— Leurs produits médicamenteux.
- 4° ANATOMIE. — Muqueuse du tube digestif.
- 5° HISTOLOGIE. — De la cellule.
- 6° PHYSIOLOGIE. — Des altérations du globe oculaire consécutives à la section du trijumeau.
- 7° PATHOLOGIE ET CLINIQUE EXTERNES. — De la hernie ombilicale congénitale.
- 8° PATHOLOGIE ET CLINIQUE INTERNES. — Des plaies intestinales.
- 9° ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — De l'anévrysme de l'aorte.
- 10° THÉRAPEUTIQUE. — Traitement du diabète.
- 11° MÉDECINE OPÉRATOIRE. — Du cathétérisme de l'urèthre.
- 12° ACCOUCHEMENTS. — De la rupture du vagin pendant l'accouchement.
- 13° HYGIÈNE. — De la ventilation.
- 14° MÉDECINE LÉGALE. — De l'exstrophie de la vessie ; caractères anatomiques ; applications médico-légales.

EXPLICATION DES PLANCHES

Planche I.

Fig. 1. — Membranes fœtales. Le chorion est représenté par la couche de grosses cellules, située à gauche de la figure. A droite, est l'amnios, qui présente du tissu fibreux et qui est limité par son épithélium.

Fig. 2, 3, 4, 5. — Villosités altérées.

Planche II.

Lésions syphilitiques des os. (V. Observation XV.)



Fig. 1.

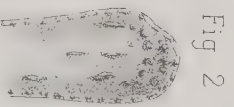


Fig. 2.

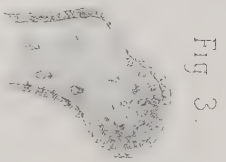


Fig. 3.

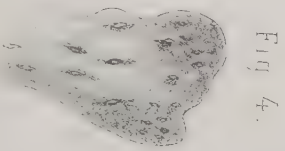
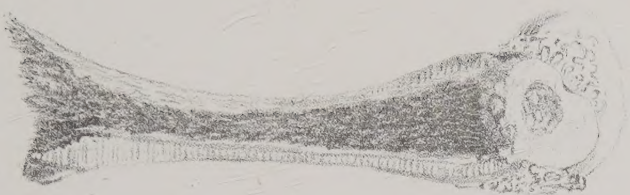


Fig. 4.



Fig. 5.

Lésions syphilitiques des membranes fœtales et du placenta.



LÉSIONS SYPHILITIQUES DES OS CHEZ L'ENFANT-NE.

7 Mars 1882.

